

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TYPHILITE AIGUË PRIMITIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 24 Décembre 1931

PAR

Jacques-Paul-Marie ARNAULD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à LORIENT (Morbihan), le 16 août 1905.

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
VILLEMEN, professeur.....	Juges.
LOUBAT, agrégé.....	
DUFOUR, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TYPHILITE AIGUË PRIMITIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 24 Décembre 1931

PAR

Jacques-Paul-Marie ARNAULD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à LORIENT (Morbihan), le 16 août 1905.

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
VILLEMEN, professeur.....	Juges.
LOUBAT, agrégé.....	
DUFOUR, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale.....	MAURIAC.
id.....	CASSAET.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.
id.....	BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	LEURET.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie.....	DUBECQ.
id.....	DUFOUR.
Physiologie.....	FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
Médecine générale.....	CREYX.
id.....	AUBERTIN.
id.....	DAMADE.
id.....	PIÉCHAUD.
id.....	DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales.....	PERRENS.

MM.

Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	JEANNENEY.
id.....	CHARRIER.
id.....	LOUBAT.
Obstétrique.....	PERY.
id.....	RIVIÈRE.
Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Accouchements.....	RIVIÈRE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.

MM.

Puériculture.....	FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MERE — A MON GRAND-PERE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA SŒUR — A MES FRERES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Ancien Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Croix de guerre,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE ROCHEFORT
ET DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE DE BORDEAUX

Aux guides bienveillants de mes études médicales, à mes dévoués initiateurs aux disciplines et aux traditions militaires, l'assurance de mon respect, mon désir de leur faire honneur.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

Respectueux hommage et sentiment de
gratitude pour leurs savantes leçons,
leurs conseils, leur exemple.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Dont la haute valeur aurait intimidé
notre inexpérience s'il ne nous avait
témoigné en toute occasion une indul-
gence pleine de bonté.

Qu'il nous permette de lui exprimer
notre respectueuse admiration et soit
assuré du souvenir reconnaissant que
nous garderons de notre stage, si ins-
tructif, d'externe dans son service.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TYPHLITE AIGUË PRIMITIVE

INTRODUCTION

Nul ne songe à faire revivre l'ancienne typhlite, telle qu'elle était comprise jusque vers la fin du siècle dernier. Nous n'avons pas davantage l'intention de la mettre en parallèle avec l'appendicite et de ranimer les discussions passées.

Lorsque le clinicien se trouve en présence d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite et qu'il lui reconnaît une origine intestinale, c'est toujours à l'appendicite qu'il songe, et ne saurait donner d'autre précision.

Il est bien établi à l'heure actuelle, et par une expérience sans précédent, que l'appendice, en pareil cas, est presque toujours en cause. Pratiquement, pour la thérapeutique et les indications opératoires, c'est à son inflammation qu'il faut conclure.

Ceci posé, il devient permis de relever les exceptions à cette règle générale, de recueillir les exemples de lésions cœcales primitives et isolées.

« N'a-t-on pas fourni de nombreux cas de sigmoïdite ? Ne savons-nous pas que les accidents du même type s'obser-

vent de temps en temps sur les autres segments du gros intestin ? A s'en rapporter à ce qui se dit ou s'écrit, on pourrait croire que le cæcum, lui, reste toujours indemne et que, dans sa région, l'appendice concentre tout. Ce n'est pas exact. »

Il semble bien que l'ancienne typhlite, réduite à de justes proportions, ne doive pas être rayée du cadre nosographique.

Nous laisserons volontairement de côté la combinaison fréquente des accidents cæcaux et appendiculaires, les appendicites prétendues d'origine cæcale. Les relations exactes des lésions ne sont point faciles à établir et l'interprétation des faits est trop souvent sujette à erreur. Nous aurons l'occasion de le montrer. Nous nous proposons seulement ici d'étudier les typhlites aiguës primitives, idiopathiques, *avec appendice sain*. Elles sont relativement exceptionnelles, sans doute, présentent d'ordinaire toutes les allures cliniques de l'appendicite, mais valent pourtant, croyons-nous, d'être signalées.

Au moment où quelques observations récentes, étudiées plus à fond, donnaient une note d'actualité à cette question très ancienne et si controversée de la légitimité de la typhlite, nous avons eu la bonne fortune d'être témoin d'un cas tout à fait intéressant pendant notre stage comme externe à l'Hôpital des Enfants assistés, dans le service de M. le Professeur Loubat, que nous remercions ici respectueusement.

Le Docteur J. Villar, chirurgien des hôpitaux, qui opéra d'urgence ce malade, eut l'amabilité d'attirer notre attention sur ce sujet et de nous suggérer l'idée de ce travail. Nous tenons à lui adresser l'expression très vive de nos remerciements pour son appui, ses conseils et son accueil toujours si bienveillant.

Avant d'entreprendre cette étude, nous faisons remarquer que le terme de « typhlite primitive » s'entend avant tout au point de vue clinique et opératoire. Nous ne saurions négliger évidemment une confirmation anatomo-pathologique.

Dans plusieurs cas, cet examen n'a malheureusement pas été pratiqué. Nous nous en sommes tenu alors aux données macroscopiques, à condition qu'elles fussent très probantes.

N'est-ce pas là, somme toute, le point de vue du clinicien, celui qui déterminera sa conduite ? En ce qui concerne l'appendice, il faut bien reconnaître que la question a peu d'importance, puisqu'il peut être enlevé par simple prudence et sans indication nette.

Après un aperçu historique, nous dégagerons certains points de l'anatomie du cæcum pour en tirer quelques conclusions pratiques de nature à mieux faire comprendre le sujet. A la lueur des observations les plus caractéristiques de la littérature médicale, nous rechercherons les facteurs étiologiques et la pathogénie de cette affection. A cette occasion, nous rapporterons les arguments et les critiques qui ont permis à certains auteurs d'émettre des doutes sur l'existence d'une typhlite vraie.

Nous rapporterons les données d'anatomo-pathologie que nous avons pu recueillir.

L'étude clinique, le diagnostic et le traitement ne nous retiendront guère, en raison de l'analogie très grande avec l'appendicite, sur laquelle on ne saurait plus rien dire de neuf.

HISTORIQUE

« Après avoir englobé presque tous les phénomènes inflammatoires aigus ou chroniques de la fosse iliaque droite, la typhlite céda le pas à l'appendicite, au point d'être un jour complètement chassée par elle des cadres de la pathologie. »

Déjà signalée au ^{xviii}^e siècle, la typhlite n'avait pas reçu de dénomination spéciale. Insuffisamment connue, l'affection n'eut pas tout d'abord une place à part. Elle est reléguée dans la grande classe des phlegmons de la fosse iliaque. En 1828, Ménière publia, dans son mémoire sur les tumeurs phlegmonieuses occupant la fosse iliaque, des cas de typhlite vraie. Cependant il n'établit pas nettement de relation entre l'abcès péricæcal et le cæcum lui-même.

Husson et Dance n'en remarquent pas davantage à l'occasion de trois observations de ce genre insérées dans le *Répertoire* de Breschet.

Ponceau, dans sa thèse de 1827, en citait également quelques cas.

Dupuytren, cette même année, en rapportait plusieurs exemples empruntés à sa pratique particulière.

Merling, en 1836, publia une thèse, à Heidelberg, sur ce sujet. Cette étude très estimée fut traduite dans le journal *l'Expérience*. Dans ce même journal, parut en 1839 un travail d'ensemble d'Albers, Professeur à l'Université de Bonn. Il décrivit une inflammation du cæcum indépendante de toute autre lésion de l'intestin, et à laquelle il donna le nom de typhlite. Il réunit la typhlite et la pérityphlite et les classa en quatre groupes : typhlite simple, pérityphlite, typhlite stercorale, typhlite chronique.

Pendant longtemps, les auteurs vont être imbus de ce travail, et, malgré des observations et quelques études sérieuses sur les lésions de l'appendice, la typhlite occupe une place prépondérante jusqu'en 1888.

Il s'agit notamment de la typhlite stercorale, due à un engorgement du cæcum par les matières fécales. Cet engorgement déterminait, pensait-on, une inflammation des parois cæcales, se traduisant par le cortège classique des symptômes : constipation, douleur, tuméfaction, empâtement de la fosse iliaque droite et, dans les cas graves : fièvre, nausées vomissements.

Parfois l'inflammation aboutissait à des collections purulentes; on admettait qu'elle se propageait soit au tissu cellulaire péricæcal, car on considérait à tort que le cæcum était incomplètement entouré par le péritoine, soit au péritoine avoisinant. Ces différentes complications étaient communément désignées sous le nom de pérityphlite, qui engloba même pendant longtemps les lésions d'origine appendiculaire.

Il serait trop long et inutile d'énumérer les travaux publiés depuis le baptême de l'affection qui nous occupe par Albers. Du reste, presque toutes les observations reposent seulement sur des données cliniques et nous verrons qu'en pareille matière elles sont insuffisantes.

Nous ne pouvons toutefois terminer ce rapide exposé sans citer trois thèses soutenue à la Faculté de Paris, et dont les auteurs se sont efforcés de jeter quelque lumière sur ce point si obscur de la pathologie de l'intestin : ce sont les thèses de Blatin (1868), de Barré (1873) et de Paulier (1875).

On peut reprocher à Blatin d'avoir introduit une confusion dans l'étiologie en admettant comme typhlite des lésions cancéreuses ou autres, des perforations dues à la fièvre typhoïde ou à des abcès de voisinage.

Barré décrit trois formes de typhlite : aiguë, subaiguë et chronique. Il insiste surtout sur l'existence d'une typhlite chronique d'emblée pouvant durer pendant des années entières et même ne jamais s'effacer complètement.

Pourtant, avons-nous dit, les lésions de l'appendice n'étaient pas inconnues. C'est même à la France qu'appartient l'honneur d'avoir publié le premier cas d'appendicite, comme le fit remarquer M. Howard Kelly dans une communication faite à la Société de chirurgie de Paris le 10 juin 1903.

Il fut rapporté par Mestivier, en 1759, dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*.

En 1808, l'appendicite ne comptait encore à son actif que quatre faits, tous publiés en France, dont deux concernaient des corps étrangers et un troisième, celui de Jadelot, la présence de vers lombricoïdes dans l'intestin et l'appendice.

Un mémoire de Wegeler est daté de 1813.

En 1827, paraissait dans le *Journal général de médecine* une étude de Mélier qui fait époque. Elle gravite autour d'un cas personnel : l'appendice perforé contenait une concrétion fécale. Mélier, le premier, souligne la fréquence de l'origine appendiculaire des accidents connus alors sous le nom de typhlite et de pérityphlite. Il prévoit même l'avenir chirurgical de cette affection. N'a-t-il pas écrit, à propos des lésions de l'appendice : « S'il était possible d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération ». Pendant près de cinquante ans cet appel restera sans écho.

Ici, note Kelly, l'histoire de l'appendicite, si bien commencée, subit presque une évolution rétrograde au profit du phlegmon iliaque, parce que Dupuytren, le premier chirurgien de l'époque, ne voulait pas admettre les rapports de ce phlegmon et de l'appendicite. « Ceci est un exemple frappant, ajoute Kelly, des obstacles que rencontre une idée originale lorsqu'elle est en opposition avec les idées établies. »

Deux mémoires de Ménière, parus en 1828 dans les *Archives générales de médecine*, ne mentionnent la conception de Mélier que pour spécifier qu'elle est mal fondée et ne répond pas à l'interprétation logique des faits.

Pourtant, en 1841, un mémoire de Malespine sur les lé-

sions de l'appendice vermiculaire vient appuyer les opinions de Mélier contre l'autorité toute-puissante de Dupuytren et contre le dogme de l'origine cæcale des tumeurs inflammatoires de la fosse iliaque droite. Néanmoins, ce dogme prévalut encore pendant vingt ans.

En 1858 seulement, Georges Lewis fit une étude approfondie de l'appendicite en Amérique, tandis qu'en France Leudet, précédé par Bodart et Favre, posait nettement le problème dans ses « recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendicite iléo-cæcal ».

Ainsi s'introduisait en pathologie abdominale une notion capitale dont le développement se poursuivit au début à travers bien des hésitations. Il manquait, en effet, la contre-épreuve décisive, mais on n'osait envisager la possibilité de supprimer l'organe, sans doute à cause des désastres qui accompagnaient les moindres interventions.

Ce geste audacieux ne tarda pas à tenter la hardiesse des chirurgiens américains. A Réginald Fitz, de Boston, en 1886, revient le mérite d'avoir apporté la preuve opératoire, reposant sur 237 cas, que tous les phénomènes inflammatoires de la fosse iliaque droite, graves ou bénins, sont dus à des lésions de l'appendice. Puis se placent les travaux de Mac Burney, qui consacre le terme d'« appendicite », des Anglais avec Trèves, des Français avec Tuffier, Talamon.

Les thèses de Pravaz (1888), de Richeron (1892), s'intitulent encore : *Contribution à la pérityphlite*. Il n'y faut voir que le prestige des anciennes formules; dans toutes les observations citées il est question de lésions appendiculaires.

Talamon introduit le vocable nouveau dans un petit traité en 1892.

Ses travaux jettent absolument dans l'oubli le rôle du cæcum. « Personne n'a vu sur le cadavre de typhlite simple ou stercorale. La typhlite des auteurs est une maladie purement théorique », écrit-il, et Dieulafoy ne l'admet qu'en tant que secondaire aux lésions de l'appendice.

Sous cette impulsion l'appendice devait recueillir toutes les faveurs qui allaient jadis au cæcum. Il ne faut plus voir désormais dans les abcès de la fosse iliaque droite que le résultat des lésions ou des perforations appendiculaires.

Ces idées sont consacrées au Congrès de Chirurgie de 1895, et la même année Routier spécifie, dans une discussion à la Société de chirurgie, que sur le grand nombre de cas qui lui sont personnels c'était toujours l'appendice qui était le foyer des accidents et non le cæcum.

Cependant, en 1894, dans une séance de la Société des sciences médicales de Lyon, on parle à nouveau de cas de lésions du cæcum. M. Bazy, à la Société de chirurgie, revendique pour le cæcum le rôle, modeste il est vrai mais réel, qu'il joue dans un certain nombre de cas. Après l'avoir presque totalement oublié on tend à lui restituer une petite part de l'attention qu'avait accaparée l'appendice.

A l'aide de constatations opératoires et de l'examen plus approfondi de quelques lésions réséquées, des chirurgiens allemands tels que Ropke, Jordan; Anglais et Américains tels que Southam, Mac Murtry et d'autres ont réhabilité la typhlite primitive tout en faisant une critique anatomique sévère des cas jusque-là rapportés.

Au Congrès de chirurgie de Paris de 1910, le Professeur Patel, de Lyon, cite une observation personnelle typique à laquelle il ajoute une vingtaine de cas rapportés par un de ses élèves dans une thèse sur « les abcès de la fosse iliaque droite d'origine cæcale ». A ce propos, le Professeur Tédénat, de Montpellier, cite 3 observations de sa pratique.

Sonnenburg, revenant sur ses idées trop exclusives, consacre l'existence réelle de l'ancienne typhlite, dans son rapport sur les colites, au III^e Congrès de la Société de chirurgie (Bruxelles, 1911). De même, le Docteur Cade, de Lyon, dans son rapport sur les colites infectieuses aiguës au XIII^e Congrès de médecine (oct. 1912).

Depuis, la typhlite aiguë primitive fut plusieurs fois l'objet de discussions à la Société de chirurgie. S'il est bien établi que

l'appendicite est la règle, certaines observations ne permettent pas de nier l'existence de la phlegmasie isolée du cæcum.

Il est donc intéressant de les signaler et de les étudier bien que, pratiquement, en raison de leur rareté et des difficultés insurmontables de diagnostic, on doive se comporter comme vis-à-vis de lésions appendiculaires.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

Au point de vue anatomique, deux points seulement retiendront notre attention :

les rapports du péritoine et du cæcum;
la vascularisation du cæcum et de l'appendice.

Ainsi pourrons-nous apprécier l'évolution des idées et mieux comprendre la pathogénie de notre sujet.

I. — LE PÉRITOINE DE LA RÉGION CÆCALE.

Les données anatomiques, sur lesquelles il fut longtemps classique de s'appuyer à ce sujet, ont été révisées sur bien des points. On pensait que le feuillet séreux se bornait à tapisser la face antérieure et les côtés du cæcum qui, en arrière, répondait directement au tissu cellulaire de la fosse iliaque. Pour qu'il se forme un méso, il fallait que le cæcum soit vide et rétracté. Il résultait de ces notions que les perforations de la paroi postérieure du cæcum avaient pour conséquence l'épanchement de matières stercorales dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. L'abcès formé soulève peu à peu le péritoine; aussi, pourvu que l'on ait la patience d'attendre un peu, pourra-t-on inciser le foyer au-dessus de l'arcade de Fallope, sans craindre la blessure du péritoine, ainsi « décollé et remonté ».

Bugge proposait, en 1881, d'aborder par la voie lombaire les abcès péricæcaux pour éviter plus sûrement le péritoine.

A la même époque, Burchard parlait d'une typhlotomie postérieure extra-péritonéale. Ces conceptions avaient contre elles l'exactitude des faits.

Tandis que cette doctrine du revêtement péritonéal incomplet du cæcum régnait dans l'anatomie et la pathologie, quelques auteurs, Bardeleben, Luschka, Krause, donnèrent des descriptions conformes à la réalité. On n'en tint aucun compte jusqu'au jour où, en 1885, Trêves combattit avec succès le préjugé classique. Il insista sur les conséquences pathologiques, au point de vue des hernies notamment. En France, paraissait sur ce sujet un mémoire de Tuffier.

Nous n'entreprendrons pas de résumer la description soignée du péritoine au niveau de la région iléo-cæcale. Une seule chose nous intéresse et est définitivement acquise : c'est le revêtement péritonéal habituellement complet du cæcum. Il est d'ores et déjà rationnel de supposer que les prétendus phlegmons du tissu cellulaire rétrocæcal étaient moins communs qu'on ne pouvait le croire. Cette vue théorique fut bientôt confirmée par les recherches nécropsiques et les observations recueillies par les chirurgiens au cours de leurs interventions dans les cas de suppuration ou inflammation péri-cæcale. Les pérityphlites sont, en effet, au moins primitivement, des phlegmasies du péritoine.

Pourtant certaines autopsies démontrent l'existence du phlegmon sous-péritonéal par perforation du cæcum ou même de son appendice. Nous savons maintenant qu'il ne saurait se produire s'il n'est précédé d'adhérences préalables, du péritoine viscéral du cæcum au péritoine pariétal de la fosse iliaque, sous l'influence de poussées inflammatoires antérieures, ces adhérences ont été constatées maintes fois à l'ouverture des cadavres. Elles ont la paroi postérieure pour siège de prédilection.

Tuffier a recherché si cette prédilection ne s'expliquerait pas; ces adhérences ont été constatées maintes fois à l'ouverture constaté que, si on distend le cæcum, c'est la paroi postérieure qui cède le plus; elle n'est pas cerclée, soutenue par des artères de calibre; en même temps s'arrête un système fibreux transversal qui consolide la paroi antéro-interne. Or, la distension de l'organe est un phénomène habituel de la

typhlite. La paroi postérieure s'étire donc, s'amincit et serait plus vite franchie par l'inflammation.

On laissait dans l'ombre les perforations qui n'occupaient pas la paroi postérieure et l'on cherche en vain comment se comportait le péritoine. On n'avait guère pour se renseigner que l'étude générale des perforations intestinales, rangée dans le domaine de la pathologie interne.

Les travaux de Trèves et de Tuffier soulignèrent les erreurs d'interprétation, la confusion fréquente entre péritonite partielle et abcès sous-péritonéal.

Dès lors, la notion est acquise qu'une perforation de la paroi antérieure, externe ou interne, provoquera une péritonite enkystée ou généralisée, suivant qu'elle a été ou non précédée d'adhérences.

II. — RELATIONS ENTRE LES ARTÈRES DU CÆCUM ET DE L'APPENDICE.

Des recherches de MM. Hovelacque et Sourdin sur les artères de la région iléo-cæco-appendiculaire (Legrand, éditeur, 1928), il résulte qu'il y a corrélation étroite entre l'artère appendiculaire et les artères cæcales antérieure et postérieure :

« L'origine de l'artère appendiculaire est éminemment variable. Lorsque l'iléo-colique abandonne une branche 1 centimètre ou 1 cm. 5 avant de se diviser, c'est, de toutes les branches, le plus souvent l'appendiculaire qui se détache de ce point élevé (12 pièces). Lorsque l'iléo-colique se divise en troncs secondaires qui se divisent à leur tour, c'est le plus souvent d'un tronc commun avec la cæcale postérieure que naît l'appendiculaire (29 pièces). Beaucoup plus rarement elle peut provenir d'un tronc commun avec les deux cæcales (10 pièces), et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle naît d'un tronc commun avec la cæcale antérieure (3 pièces) ou avec l'iléale (1 pièce).

Enfin, elle peut provenir directement de la terminaison de l'iléo-colique, que celle-ci s'épanouisse en bouquet ou se termine par une boucle (10 pièces).

D'autre part, les anastomoses de l'artère appendiculaire sont importantes au point de vue pathologique.

Le tronc de l'artère appendiculaire ou ses branches peuvent, au cours de leur trajet, s'anastomoser avec les branches nées des artères voisines et notamment de la cæcale postérieure. Ces anastomoses se font de deux manières différentes : dans certains cas, assez rares du reste, une branche artérielle plus ou moins transversale unit les deux artères derrière le cæcum et l'iléon; dans d'autres cas, beaucoup plus fréquents, l'anastomose se fait au niveau du segment proximal de l'appendice entre la branche de la cæcale postérieure qui se rend au fond du cæcum et à la partie initiale de l'appendice et un rameau récurrent de la première branche collatérale appendiculaire. Ces anastomoses sont fines, mais existeraient sur presque toutes les pièces où le segment radiculaire de l'appendice reçoit une double irrigation.

D'après ces mêmes auteurs, l'artère appendiculaire n'est pas terminale. En poussant une injection par l'iléo-colique, ils ont pu injecter l'appendiculaire après avoir mis une pince sur son premier segment. Dans certains cas, alors que le tronc n'était pas rempli, des coupes de l'appendice ont montré que les vaisseaux intrapariétaux étaient injectés.

Nothnagel, Brener, étaient arrivés aux mêmes conclusions : ils montrent sur 30 appendices que les artères cæcales et appendiculaires s'anastomosent d'une façon importante dans la muqueuse, la musculaire et la sous-séreuse, et Fraenkel a mis en évidence par la radiographie l'existence de ces anastomoses intrapariétales établissant des connexions importantes entre les différents territoires.

Ces diverses notions jettent quelque lumière sur la pathogénie des typhlites et font mieux comprendre quelle attention on doit apporter à l'examen de l'appendice avant d'avancer leur caractère primitif.

Le dispositif veineux reproduisant assez exactement le dispositif artériel, la thrombose veineuse par stase aboutirait au même résultat que la thrombose artérielle.

Enfin, la relation étroite qui existe entre les lymphatiques du cæcum et ceux de l'appendice est établie depuis longtemps. MM. Descamps et Turnesco (*La circulation lymphatique du gros intestin* [*Revue de chirurgie*, 1923]) ont confirmé cette disposition anatomique.

Toutes ces notions qui trouveront leur application au chapitre de pathogénie nous font déjà saisir que l'affirmation de typhlite primitive doit être portée avec beaucoup de circonspection.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Parmi les causes prédisposantes, on peut citer l'âge, le sexe et le genre de vie.

L'âge. — Aucune statistique n'a été faite à ce sujet, mais les observations que nous avons relevées dans la littérature médicale nous ont montré que la maladie se rencontre de préférence pendant l'adolescence et jusque vers 60 ans. La vieillesse en est presque exempte; à partir de 50 ans la typhlite aiguë est une véritable exception; de même au-dessous de 10 ans, nous n'en avons recueilli qu'un seul cas.

Le sexe. — Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes. Une statistique d'Hoffmann donne comme proportions 11 hommes pour 2 femmes. Dans les cas que nous rapportons, la proportion est de 35 hommes pour 19 femmes.

Le genre de vie. — La vie sédentaire, la nourriture abondante prédisposeraient particulièrement aux phlegmasies cæcales. On a parlé également de l'influence du froid, des exercices violents après les repas... Il serait superflu de s'attarder à commenter ces diverses influences; elles ont un rôle qu'il est difficile de préciser.

*
**

Les typhlites peuvent se diviser en deux groupes :

- 1° Typhlites spécifiques (tuberculose, typhoïde, dysenterie, actinomycose, etc.);
- 2° Typhlites simples.

Nous ne nous occuperons ici que des phénomènes inflammatoires ayant débuté dans le cæcum au cours d'un état général satisfaisant; en somme, des cas où la typhlite représente toute la maladie.

La pathogénie de ces lésions reste encore entourée d'obscurité.

Il semble néanmoins que deux théories peuvent se soutenir avec assez de vraisemblance :

Théorie muqueuse;

Théorie vasculaire.

I. — Dans la première, l'infection part de la muqueuse, envahissant la paroi intestinale de dedans en dehors. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces lésions.

a) *Les parasites.* — « Il s'agit là, en somme, de la vieille question de l'appendicite vermineuse transposée au niveau du cæcum. » En dehors de la pièce tout à fait curieuse présentée par M. Bailly à la Société anatomique, qui représentait un lombric à demi-engagé à travers une perforation cæcale après avoir repoussé et perforé le péritoine, nous avons recueilli deux observations, l'une de Boppe, l'autre de Tavernier, dans lesquelles l'origine vermineuse des lésions inflammatoires ne semble guère faire de doute. D'innombrables trichocéphales étaient, en effet, encore implantés sur la muqueuse et même fichés en pleine sous-muqueuse.

Il suffit de rappeler les travaux les plus importants de parasitologie sur cette question, ceux de Guiart (*Archives de parasitologie*, 1903) et de Weinberg (Société de biologie, 12 mai 1906). Ils ont étudié le mode de fixation des helminthes sur la muqueuse intestinale. Le trichocéphale serait capable de causer de petites érosions muqueuses.

Les oxyures peuvent pénétrer dans le chorion, et on y retrouve entre les glandes épithéliales soit les parasites eux-mêmes, soit les traces de leur passage, sous la forme d'un trou à l'emporte-pièce.

Rien d'impossible, en somme, à ce que le trichocéphale, traumatisant la muqueuse, favorise une infection secondaire microbienne grave. Schiller défend également cette étiologie vermineuse.

Les lésions produites par le lombric sont moins explicables, puisque cet animal est dépourvu d'organe perforateur.

b) *Les corps étrangers*. — Rarement les accidents sont dus à l'arrêt de corps étrangers véritables dans le cæcum. Leur intérêt étiologique n'est du reste pas considérable et nous n'en rapporterons qu'un seul cas. Il faut pourtant savoir que l'on a trouvé dans ce cul-de-sac intestinal les substances les plus diverses : grains de plomb, noyaux de cerises, pépins de raisin, dent, calculs biliaires ou stercoraux, épingles, arêtes de poisson. Autour du corps étranger s'agglomèrent souvent des matières fécales durcies.

La présence de ces corps peut aboutir à une inflammation soit indirectement par lente ulcération lorsque l'agent, maintenu en place, irrite localement la muqueuse, soit directement en dilacérant les tissus. Les lésions aboutissent souvent à la perforation.

c) *Le traumatisme*, sous forme de coup porté au niveau de la région cæcale, apparaît comme une cause trop naturelle de déchirure ou d'éclatement pour qu'elle mérite d'être développée. Nous ne reproduirons qu'une observation de ce genre dans laquelle une déchirure incomplète des tuniques s'est compliquée ultérieurement de phénomènes inflammatoires.

d) *Typhlite stercorale*. — La théorie de la stagnation fécale représentait autrefois l'étiologie pratique et courante de la plupart des cas de typhlite ou soi-disant typhlite que l'on traitait presque toujours médicalement. Aucune constatation anatomique, pendant longtemps, ne vint confirmer les idées fermement établies. Cet engorgement que l'on décelait si souvent à la palpation sous forme du « boudin cæcal » semblait naturellement favorisé par la position déclive de l'organe, la disposition des valvules, l'angle hépatique du côlon; plus tard on ajoutait encore les mouvements antipéristaltiques du cæcum, du côlon ascendant et d'une partie du transverse, ainsi que la grande capacité du cæcum et sa musculature déficiente.

Lorsqu'on se risqua à intervenir, on s'aperçut que le cæcum était presque toujours vide ou que son contenu était liquide, et cette notion gêna désormais pour admettre comme seule

cause des désordres typhlitiques la banale constipation. Ce qu'on palpaît sous forme d'une tumeur dans la fosse iliaque n'était souvent qu'un cæcum enflammé auquel les anses grêles voisines étaient reliées par des adhérences.

La typhlite par stagnation de matières fécales durcies qui traumatisent la muqueuse perdît beaucoup de sa valeur; il serait pourtant injuste de supprimer complètement l'ancienne explication. Quelques observations typiques démontrent qu'on peut la considérer parfois comme la cause la plus logique d'ulcération. Rien de paradoxal, somme toute, à admettre cette théorie mécanique et à attribuer aux matières parfois accumulées, véritables fécalomes qui viennent traumatiser la paroi intestinale, la production d'une petite plaie ou d'une simple érosion. C'est l'avis de Rotgans, d'Ebner, dont l'expression « ulcère par décubitus » avait déjà été proposée par Nothpergel.

Il est à remarquer que ce n'est pas de la constipation ordinaire qu'il s'agit ici, de celle qui siège dans la partie inférieure du gros intestin et remonte assez peu dans le côlon. La constipation productrice de la typhlite a son siège dans le cæcum et reconnaît d'autres causes; c'est ce qui explique pourquoi les vieillards, quoique généralement constipés, sont rarement atteints de cette affection. Cela rend compte aussi de la contradiction apparente qui existe entre ce double fait que les femmes sont beaucoup moins sujettes à la maladie tout en étant communément constipées.

Le cæcum, réservoir des aliments élaborés, est susceptible de se dilater. Cette dilatation physiologique peut être le point de départ de la stase par une modification dynamique des parois qui crée, suivant les circonstances, l'atonie ou le spasme.

L'atonie diminue la force de résistance élastique de la paroi et favorise l'arrêt des matières dans le cæcum qui représente le point de déclivité. Par leur poids, sans doute, les fèces accumulées font dévier l'angle colique droit, dont le rôle mécanique interrupteur vient augmenter la coprostase.

Le spasme intestinal agit par oblitération plus ou moins passagère et complète de la lumière du canal intestinal. Un spasme prolongé du transverse, un éréthisme du côlon ascendant, distendent le cæcum, qui peut devenir phlegmasique dans trois conditions :

a) Par occlusion aiguë, si le spasme sérieux se prolonge;

b) Par infection descendante digestive : la stase cæcale toxi-infectieuse trouve, en raison de la flore microbienne particulièrement riche dans cette région, un élément de développement considérable. Si le malade est un dyspeptique habituel ou d'occasion, un insuffisant biliaire, il se trouve dans d'excellentes conditions pour évoluer vers la phlegmasie. En quelques heures l'inflammation se développe et l'on assistera à l'évolution d'une typhlo-colite, d'une typhlite, ou d'une appendicite secondaire;

c) Par infection lymphatique. L'infection pénètre alors la région par la voie vasculaire. L'appendice a le privilège de localiser une intoxication ambulante. Pour quelle raison le cæcum ne pourrait-il être seul touché ? N'est-il pas, au contraire, parfois prédisposé par l'altération ancienne de ses parois ? Si nous avons donné quelque développement à ces dernières considérations pathogéniques qui semblent se rapporter surtout à la typhlite chronique, c'est parce qu'il nous semble logique d'envisager la possibilité d'une même affection, à marche aiguë, chez les ptosés du cæcum, plus ou moins constipés chroniques et aptes par conséquent à localiser une infection sur une paroi malmenée par la stase.

Puisque, après la grippe, comme on voit des localisations appendiculaires, on peut voir ce retentissement de l'infection sur les éléments lymphoïdes du cæcum, réalisant la typhlite d'emblée, pourquoi la chose serait-elle impossible sous une influence autre ? « Je ne sais quelle cause exacte invoquer en faveur de cette localisation cæcale aiguë, mais rien ne me répugne à en accepter la possibilité, surtout si elle est contrôlée par des faits précis. » (Ricard, *Lyon chirurgical*, 1928.)

La distension du gros intestin, cæcum notamment, peut

être poussée à l'extrême dans la stase intestinale chronique, sans qu'il s'agisse de dilatation rétrostricturale. Dans presque tous les cas de typhlites rapportés on note chez le malade une constipation plus ou moins ancienne.

Il est légitime de se demander si par étirement ou élongation des parois amincies, des fissurations, des petites déchirures n'ont pu se produire, qui furent ultérieurement transformées en ulcérations. Peut-être est-ce en rapport avec cette origine que la forme des ulcérations est habituellement allongée.

Pour Rosenheim, de Bittorf, les stades successifs de l'ulcération s'enchaînent de la façon suivante : stase — accumulation progressive et dureté de plus en plus grande du contenu — fermentation, augmentation constante du nombre et de la virulence des germes — processus d'inflammation chronique — troubles de la nutrition, lésions ulcéreuses — troubles de la motilité, spasme.

La distension représente un obstacle à la circulation de retour, déjà physiologiquement difficile. Pour Kocher, elle entraîne une stase veineuse d'abord dans le segment mésentérique correspondant. Il s'ensuit des ecchymoses, puis la chute de l'épithélium mal nourri, finalement une nécrose superficielle de la muqueuse. A ces troubles circulatoires ne tardent pas à s'ajouter des troubles d'ordre infectieux. La pullulation microbienne au niveau du cæcum ne présente pas d'inconvénients immédiats, tant que les parois conservent leur vitalité normale. La résistance des éléments anatomiques, bien nourris, à la pénétration des bactéries est pour ainsi dire invincible. Par contre, les agents infectieux vont triompher sans peine de ces éléments privés de leur liquide nourricier et pululer de proche en proche, détruisant les parois, pour faire enfin irruption dans le péritoine, dont ils provoquent l'inflammation.

Shimodaïka Vosai s'est livré à des expériences sur l'animal, au sujet du développement des ulcérations de l'intestin par distension. Il donne les résultats suivants :

Pour une distension forte, il se produit un arrêt du cours artériel, puis une gangrène anémique de la paroi.

Pour une distension moyenne, d'abord forte hyperémie veineuse, puis gangrène.

La nécrose est la conséquence de la stase; la paralysie vasculaire peut être favorisée, d'une part, par la thrombose, d'autre part, par des troubles de nutrition de la paroi intestinale hypertendue.

La distension cæcale n'est pas seulement due à la stase. Cordero (*Clinica chirurgica*, 1912) attribue une grande importance à la *torsion du cæcum*. L'ancienne conception anatomique du cæcum fixé et extra-péritonéal en arrière a été, en effet, modifiée peu à peu. Wilms et Sprengle admettent que, dans 10 p. 100 des cas, le cæcum possède un vrai méso. Ekehorn rappelle que la mobilité du cæcum est parfois telle qu'il peut occuper n'importe quelle position dans la cavité abdominale, depuis la partie la plus profonde du bassin jusque sous le diaphragme, conséquence d'une disposition embryonnaire. Chez un fœtus de 10 centimètres de long le cæcum et le côlon ascendant sont complètement libres avec un méso sans adhérence en aucun point. C'est à cause de cette mobilité que le volvulus du cæcum n'est pas une rareté. Sans aller jusqu'à l'occlusion, il est certain que le cæcum et le côlon ascendant peuvent se tordre sur leur axe.

Wilms prétend que plusieurs crises douloureuses de la fosse iliaque droite seraient dues à cette torsion du côlon au niveau de l'angle hépatique ou du cæcum lui-même.

Einrich, de Francfort, va même jusqu'à admettre la torsion habituelle du cæcum avec obstacle plus ou moins important au passage des matières, dilatation et atrophie successives de la paroi.

Rehn attribue également une grande importance, dans la pathogénie de la typhlite, au déplacement et à la torsion du cæcum. Il a observé souvent que la crise cesse avec l'évacuation de l'organe, accompagnée de gargouillements; les matières peuvent être sanguinolentes.

Close prétend que la torsion du cæcum sur son axe vertical serait favorisée par sa réplétion et les changements de position. Nous ne rapporterons pas l'observation de Cordero, relatée dans son article, « La tiflite acuta primitiva ». Il s'agit en effet, d'une perforation cæcale purement mécanique, par volvulus, qui sort du cadre fixé.

En somme, nous avons envisagé deux mécanismes directs par lesquels la constipation pourrait endommager le cæcum : érosion traumatique, lésion par distension. Une autre hypothèse pathogénique semble au moins aussi rationnelle. Retenant, d'une part, la stase prolongée des matières, d'autre part, le haut degré de virulence des germes qu'elles contiennent — virulence exaltée par la stase elle-même — il est logique d'admettre une inoculation de la muqueuse par contact direct. La muqueuse absorberait des microbes provenant du véritable vase clos représenté par le cæcum dilaté. Ces microbes créeraient sur place une réaction inflammatoire, un petit abcès qui s'ouvrirait dans la cavité intestinale et servirait d'amorce à de plus graves lésions. Cette action peut être comparée à l'infection des téguments par l'application longtemps maintenue d'un objet hyperseptique.

Enfin, il est un fait anatomique particulier qui peut jouer un rôle dans les solutions de continuité du cæcum. Il se trouve longuement exposé dans la thèse de Blatin : « C'est la prédisposition de la muqueuse de cette partie de l'intestin à faire hernie, à travers les fibres de la tunique musculaire, sous l'influence, parfois, des causes les plus légères. Qu'un corps étranger, un calcul stercoral, une boulette durcie de matière fécale poussant la muqueuse produise cette hernie, le collet de la nouvelle cavité ne tardera pas à se rétrécir sous l'effort des contractions de la membrane musculaire ou par l'effet de l'irritation de la muqueuse. Les chances de réduction ayant alors disparu, l'inflammation suivra sa marche et pourra aller jusqu'à la perforation de la tumeur, ou à la chute, par gangrène, de son pédicule. L'intestin se trouvera ainsi plus ou moins largement ouvert. La hernie peut cependant ne pas

s'enflammer ou bien la lésion s'arrêter avant ces graves conséquences. »

M. Cruveilhier, qui, le premier, a parlé de ces hernies et leur a donné la dénomination de « tuniquaire », en avait trouvé un certain nombre sur le cæcum du Professeur Alibert, qui n'en avait, du reste, ressenti, de son vivant, aucun effet fâcheux.

A côté des *hernies tuniquaires*, signalons les *diverticules* parfois découverts au niveau du cæcum. Ils sont beaucoup moins fréquents que sur le reste du gros intestin, mais peuvent avoir, à l'occasion, d'aussi redoutables conséquences. Un exemple en est donné par la récente observation de Ferey (Société de chirurgie, séance du 22 mai 1929), dans laquelle ce chirurgien put réséquer facilement le diverticule enflammé. et celle de Moure (à la même séance), identique au détail près qu'au-dessus du diverticule malade existait un autre diverticule sain.

II. — Reste la théorie vasculaire.

Il est exceptionnel qu'une lésion cæcale isolée puisse reconnaître cette origine. Elle impliquerait, en effet, l'idée d'embolies microbiennes passées de la grande circulation dans l'artère mésentérique supérieure avec localisation sur la paroi du cæcum. Une localisation aussi exclusive est difficilement explicable. Cependant le cas tout à fait curieux de Tavernier semble bien ne pouvoir admettre d'autre explication.

C'est là, au contraire, que se placent les arguments les plus sérieux contre l'individualité de la typhlite, et la théorie vasculaire est beaucoup plus séduisante pour expliquer l'origine appendiculaire des lésions constatées. Nous tenons à donner tout son développement à la critique très étudiée de MM. A. Pellé et Folliasson. (Appendicite et Typhlite, *Revue de chirurgie*, n° 9, novembre 1930.)

« Pour nous, ce terme de vasculaire implique l'idée d'artérite, de phlébite et même de lymphangite ascendantes et ayant pour point de départ des lésions analogues du pédicule appendiculaire — lésions d'observation courante dans les appendicites aiguës. »

En faveur de ce qu'ils avancent, les auteurs donnent les arguments suivants :

1° Dans la plupart des observations de typhlites aiguës données comme « primitives », l'examen minutieux de l'appendice est négligé. Ou bien l'on juge de son état sur le simple aspect macroscopique, ou bien on n'attache pas assez d'importance au fait qu'il « participe à l'inflammation du cæco-côlon ». A ce propos, le cas de M. Okinczic mérite d'être rappelé; c'est une démonstration absolument convaincante de ce qui précède : « Il s'agissait d'un cas de péritonite aiguë diffuse, où l'apparence macroscopique de l'appendice était telle que l'on pouvait douter de l'infection appendiculaire primitive et cependant les coupes en série mirent en évidence un petit abcès intrapariétal, et l'élimination secondaire, au cours du drainage postopératoire, d'un calcul stercoral appendiculaire typique, libre dans la cavité péritonéale, fournit la preuve qu'il y avait eu, dans les dix jours qui avaient précédé l'intervention, une perforation de l'appendice avec formation d'un abcès localisé, secondairement diffusé à la grande cavité. Pendant cette évolution des accidents inflammatoires et infectieux, l'appendice s'était complètement cicatrisé, au point qu'il ne portait pas trace de lésion apparente et qu'au moment de l'intervention les médecins présents doutaient qu'il pût s'agir d'une péritonite d'origine appendiculaire. »

2° Du point de vue anatomique, le travail d'Hovelacque et Sourdin, sur les artères de la région iléo-cæco-appendiculaire, met en évidence la corrélation étroite entre le pédicule vasculaire artérioso-veineux appendiculaire et les artères et veines cæcales antérieure et postérieure. Les cas de Chauvenet et de Moure rapportés à la Société de chirurgie à la séance du 21 mars 1928 semblent bien illustrer ces notions; les auteurs admettent que l'appendicite a créé une *artérite oblitérante* qui est remontée jusqu'à une des artères cæcales, d'où sphacèle du territoire correspondant. C'est d'ailleurs l'explication des fistules cæcales secondaires à une appendicecto-

mie, pour lesquelles il n'est pas besoin d'invoquer le contact d'une mèche ou d'un drain.

La *thrombose veineuse* par stase aboutirait au même résultat que la thrombose artérielle. Il est tout à fait intéressant à ce propos de relater l'observation de M. Lapointe (Société de chirurgie, 17 avril 1929) d'infarctus hémorragique de l'iléon par thrombose veineuse postappendiculaire.

« Si, aux membres, une thrombose veineuse, même étendue, de la veine principale n'arrête pas le retour du sang, il faut bien envisager qu'à l'intestin il n'y a pas plus de veines que d'artères : le dispositif veineux reproduisant exactement le dispositif artériel, il s'ensuit que l'obstruction des veines entraîne pour la vitalité de l'intestin les mêmes conséquences que l'arrêt de la circulation artérielle. » « Je suis convaincu, ajoute-t-il, en parlant d'infarctus du grêle, que beaucoup d'infarctus dont l'origine n'a pas été précisée sont la conséquence d'une appendicite antérieure. »

C'est, transposé au grêle, le mécanisme des lésions cæcales.

Ces lésions de phlébite et d'artérite sont d'ailleurs connues depuis longtemps. Redwitz (de Würzburg), en 1913, a examiné les vaisseaux de plus de 100 appendices enlevés chirurgicalement. Il a trouvé, avec une très grande fréquence, des lésions des vaisseaux appendiculaires, et, ce qui nous intéresse notamment, des lésions d'endarterite et d'endophlébite sur de nombreux appendices enlevés « à froid », soit après une crise aiguë éteinte, soit dans des cas d'appendicite chronique. Il suffira donc de la moindre réinfection de l'appendice pour que ces lésions prennent une extension pouvant dépasser le pédicule appendiculaire.

Quant aux lésions de *lymphangite*, poursuivent Pellé et Folliasson, nous sommes persuadés qu'elles existent et que bien souvent même elles sont dominantes.

La relation étroite entre les lymphatiques de l'appendice et ceux du cæcum est depuis longtemps établie.

Les collecteurs cæco-appendiculaires suivant fidèlement le

tronc des vaisseaux sanguins, il est difficile d'admettre qu'une infection assez virulente pour provoquer une artérite ou une phlébite n'atteigne pas profondément les troncs lymphatiques. L'examen histologique systématique du méso d'appendices enlevés au cours de crises aiguës, ou même subaiguës, a montré constamment aux auteurs de grosses lésions de lymphangite tronculaire avec souvent l'existence de thrombose de la lymphe à l'intérieur des troncs. Si l'on admet le mécanisme, décrit pour la première fois par Recklinghausen, de la thrombose rétrograde, descendante, centrifuge pour des veines, il n'y a pas de raison de le rejeter pour les lymphatiques. Pourquoi d'ailleurs la simple ablation de l'appendice, suivie ou non de drainage, a-t-elle suffi dans plusieurs cas à faire régresser des lésions caecales importantes qui, au premier abord, avaient retenu toute l'attention parce qu'elles progressaient, tandis que la lésion appendiculaire avait disparu ?

« Nous dirions volontiers, pour faire image, qu'il se passe dans ces typhlites ce qui a lieu au cours des lymphangites. D'une part, la porte d'entrée est souvent cicatrisée alors que la lymphangite évolue encore. D'autre part, c'est bien souvent la suppression pure et simple de la porte d'entrée, empêchant les inoculations répétées, qui guérit la lymphangite. »

Il nous a paru tout à fait intéressant et nécessaire d'exposer dans ses détails la critique de la typhlite inflammatoire primitive. Nous pensons personnellement que c'est vers l'appendice qu'il faudra toujours chercher l'origine de la lésion. C'est lui qu'il faudra trouver et réséquer, ne serait-ce que par prudence, lorsqu'à l'ouverture de l'abdomen on constatera une inflammation plus ou moins grave du cæcum.

Pourtant ce serait être vraiment trop exclusif que de ne pas vouloir admettre, dans quelque cas, l'envahissement primitif de la première portion du gros intestin.

La conception des anciens auteurs n'était pas toujours une erreur d'interprétation et de localisation. La typhlite est

exceptionnelle, mais représente, croyons-nous, une entité pathologique distincte de l'appendicite. Et nous adoptons volontiers la façon de penser de MM. Bérard et Vignard : « Si l'anse sigmoïde portait un appendice, il est probable qu'à l'heure actuelle nous discuterions encore sur l'existence des sigmoïdites primitives. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques du cæcum sont mal connues, faute d'avoir été prélevées dans la plupart des cas.

Nous nous contenterons des descriptions macroscopiques relevées en cours d'intervention et reproduirons le résultat de l'examen histologique pratiqué dans quelques occasions exceptionnelles, la section ayant porté sur le côlon ascendant ou même le transverse, en raison de l'étendue des lésions.

Comment ne pas regretter que, dans plusieurs cas, les portions réséquées n'aient pas été l'objet de plus d'attention ?

Toutes les formes d'altération des parois cæcales ont été rapportées. On peut les classer en trois groupes :

Typhlite simple;

Typhlite ulcéreuse;

Typhlite gangréneuse, perforante.

Notre première idée fut de restreindre cette étude à la « typhlite aiguë perforante primitive » que vient illustrer notre observation personnelle. Mais, en nous efforçant de grouper d'autres cas, nous avons rencontré tous les termes de passage entre l'infiltration banale et cette forme particulièrement grave. Aussi avons-nous élargi le cadre de ce travail pour y grouper des lésions de même nature qui ne diffèrent que par l'intensité du processus inflammatoire.

La *typhlite simple* est caractérisée par une modification de l'épaisseur et de la coloration des parois cæcales. La teinte rouge plus ou moins foncée en rapport avec une vascularisation intense est parfois masquée par un exsudat fibrineux.

La consistance du cæcum est « pâteuse » ou au contraire friable, cartonnée sous forme de plaques. Ces lésions sont surtout visibles et palpables au niveau de la paroi antéro-externe, plus rarement sur la face postérieure. Parfois des ganglions iléo-coliques hypertrophiés peuvent en imposer pour une tuberculose cæcale.

Le microscope montre, dans ce cas, une forte infiltration diffuse de petites cellules rondes, plus accentuée dans la muqueuse et la sous-muqueuse que dans les tuniques externes, ainsi que des amas de leucocytes. On a trouvé, à plusieurs reprises, de nombreux staphylocoques.

La typhlite ulcéreuse est caractérisée par une ou plusieurs ulcérations, de forme et de dimensions variables, pouvant présenter tous les degrés d'extension en profondeur.

Ce processus ulcératif a été expliqué, au point de vue histologique, de deux façons :

a) Sous l'influence de l'œdème de la muqueuse, conséquence de la congestion veineuse par obstacle à la circulation de retour, l'épithélium se desquame en certains points, le revêtement des cellules cylindriques disparaît et laisse de petites surfaces excoriées en contact direct avec les éléments irritants ou septiques.

On a là autant de foyers d'inoculation dont les produits sont transportés peu à peu par les lymphatiques dans la couche sous-muqueuse, où ils déterminent des abcès interstitiels. Ils sont parfois en grand nombre et chaque foyer correspond à une exulcération de la muqueuse.

b) A côté de la forme catarrhale existe l'origine folliculaire.

Il ne faut pas perdre de vue que dans cette portion de l'intestin la paroi contient de nombreux follicules clos, qui sont sujets aux inflammations les plus banales. D'autre part, la flore microbienne est considérable; sans parler du colibacille, hôte habituel, il faut mentionner les streptocoques, les staphylocoques, les diplocoques, le bacillus fluorescens, le proteus vulgaris et une quantité énorme d'anaérobies qui, tous, séparément ou associés, peuvent jouer un rôle pathogène et

qu'on a trouvés à plusieurs reprises dans les collections purulentes de la fosse iliaque et dans les parois enflammées du cæcum.

Sous l'influence des agents infectieux, les follicules fortement hyperémiés augmentent de volume. A la folliculite s'ajoute de la périfolliculite, puis de la lymphangite.

Extérieurement le cæcum est rouge, friable. A l'ouverture on note la présence de nombreux points blanchâtres surélevés, quelques-uns abcédés. C'est ainsi que dans l'observation de Souques on pouvait voir sur toute la face postérieure du cæcum de nombreuses ulcérations dont la dimension variait du volume d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 20 centimes.

A la limite du cæcum et du côlon se trouvaient une vingtaine de points saillants, gros comme une petite lentille, arrondis et quelques-uns ulcérés.

Le résultat de cette folliculite sera tout d'abord la destruction plus ou moins étendue de la muqueuse. Il est extrêmement rare que l'infection se localise aux follicules atteints; par les voies lymphatiques qui partent de ceux-ci les microbes gagneront la musculeuse, puis la séreuse. Ainsi dans la plupart des cas assistera-t-on à une destruction étendue de la paroi intestinale avec réaction péritonéale plus ou moins intense. Les lésions peuvent aller jusqu'à la perforation qui fait communiquer l'intestin avec la cavité péritonéale.

Signalons enfin les conclusions de Gandy pour qui « les ulcérations simples des muqueuses peuvent être sous la dépendance immédiate d'une toxémie d'origine infectieuse ou autre. Le processus histologique qui leur donne naissance est celui de la nécrose hémorragique aiguë par voie vasculaire sanguine (infarctus hémorragique, escarre, exulcération de la muqueuse, enfin ulcération profonde à fond encore hémorragique). Au processus aigu primitif de nécrose hémorragique peut s'adjoindre un processus secondaire de réaction inflammatoire. »

Typhlite gangréneuse perforante. — La marche des lésions

dans ce cas peut être foudroyante au point de terrasser le patient au cours d'un état général satisfaisant, ou bien elle représente l'aboutissement des lésions que nous venons d'exposer.

Suivant la rapidité avec laquelle les éléments anatomiques ont été frappés de nécrose, le péritoine se trouvera plus ou moins préparé à jouer son rôle de défense dans ce drame. Ou bien, après un début brutal, on assistera à l'évolution d'une péritonite généralisée avec pus fétide, parfois mêlé de matières fécales, ou bien, à la faveur des adhérences, se produira seulement une péritonite circonscrite avec formation d'abcès. Cette collection occupera parfois la face antérieure du cæcum, plus souvent sa face externe ou postéro-externe, très rarement la face interne. Elle est toujours située dans la fosse iliaque, différente en cela de l'abcès d'origine appendiculaire, qui peut occuper les positions les plus variées.

Les parois de l'abcès sont formées par le péritoine épaissi, altéré, par des anses grêles agglutinées et l'épiploon.

Le pus est en général sanieux, grisâtre et d'odeur fétide. Son épanchement peut être retardé par un bouchon épiploïque qui vient obturer pour un moment la perforation.

Ces agglutinations d'organes peuvent précéder la perforation et prêteront souvent alors à une erreur de diagnostic. La présence d'une zone d'empâtement dans la fosse iliaque droite peut en imposer pour un volumineux abcès péricæcal. L'opération permettra de constater qu'il n'existe aucune collection, mais seulement de nombreuses adhérences entre les anses intestinales. Il sera parfois difficile de rompre ces adhérences sans déterminer une perforation de ces parois intestinales enflammées et friables.

Nous ne nous étendrons pas sur l'avenir des abcès péricæcaux. Ils sont à l'heure actuelle rapidement décelés et la chirurgie n'a plus de ces hésitations qui permettent d'envisager l'envahissement du tissu cellulaire sous-péritonéal; la perforation de l'os iliaque rapportée par Leudet, celle de la vessie, à la suite d'une vieille suppuration cæcale, n'ont plus guère que la valeur de curiosité.

Les perforations du cæcum peuvent être au nombre de 2 ou 3, mais le plus souvent il n'en existe qu'une, assez grande et bien visible. Ses dimensions vont de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 2 francs. Elle repose sur une base fortement infiltrée ou au centre d'une plaque noirâtre, sphacélique.

La ou les perforations siègent en général sur la face antéro-externe du cæcum, sur une des bosselures comprises *entre la bandelette antérieure et la bandelette postéro-externe*.

Cette localisation est presque la règle, comme on pourra s'en rendre compte à la lecture des observations. Il est difficile d'en donner une raison précise. Pourtant les données anatomiques autorisent à penser que la nutrition moindre de la paroi à ce niveau la rende plus vulnérable. Les artères qui se distribuent au cæcum sont, en effet, toutes situées sur le côté antéro-interne de l'organe et la paroi opposée ne possède qu'un petit nombre de ramuscules distants les uns des autres. Rien d'étonnant que cette zone moins vascularisée, lorsqu'elle se trouve soumise à l'action d'un des agents mécaniques ou infectieux signalés, soit plus accessible à l'inflammation. De plus, d'après les études d'Agata, les différentes couches de fibres élastiques sont moins compactes et plus fragiles à ce niveau.

D'autres auteurs ont prétendu que l'endroit où les vaisseaux abordaient la paroi cæcale représentait une zone de moindre résistance par nutrition un peu défectueuse. Nous avons relevé, en effet, des perforations du bord interne.

Signalons enfin la perforation, ordinairement de petite dimension, qui se dissimule au niveau de la paroi postérieure, en pleine zone accolée et vraisemblablement sur le territoire des vaisseaux cæcaux postérieurs. Dans un ou deux cas elle fut découverte par hasard.

Nous ne terminerons pas ce chapitre d'anatomie pathologique sans parler de l'appendice et de l'importance que présente son examen approfondi. Les détracteurs de la typhlite primitive ont insisté sur la fréquence avec laquelle les obser-

ventions rapportées en sa faveur parlent de lésions légères de l'appendice, qui apparaît rouge, œdémateux ou renflé à sa pointe... lésions banales, mais qui peuvent néanmoins avoir un rôle pathogénique essentiel. Un examen histologique, en effet, mettrait souvent en évidence des lésions inflammatoires beaucoup plus accusées que l'on ne pouvait s'y attendre à première vue.

Aussi ferons-nous remarquer à ce propos qu'éclairé par les études récentes de Bernard et Milone, d'une part, de Pellé et Foliasson, d'autre part, nous avons rejeté avec le plus grand soin toutes les observations dans lesquelles l'appendice pouvait être jugé responsable des lésions cœcales.

Le microscope a souvent confirmé l'investigation macroscopique. Il y a cependant une catégorie de réaction appendiculaire que nous avons cru inutile d'écarter : ce sont les lésions patentes « de voisinage » caractérisées par la description suivante :

« Séreuse un peu plus rouge que normalement; infiltration diffuse et peu accusée de petites cellules rondes, disséminées dans la couche sous-séreuse et ne traversant pas toute l'épaisseur de la couche musculaire. Aucun foyer décelable. »

Il est tout à fait normal que l'appendice participe à une inflammation intense des organes adjacents. Un tel compte rendu histologique permet d'affirmer qu'il n'en est pas le point de départ.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le diagnostic est-il possible et l'analyse clinique permet-elle de reconnaître si les accidents ont le cæcum et non l'appendice comme point de départ ?

M. Kelly le pense, au moins pour quelques cas, et il insiste sur les hémorragies intestinales, la diarrhée, les phénomènes dysentériques signalés à plusieurs reprises dans ces typhlites primitives.

Röpke fait valoir les rapports du cæcum avec le muscle psoas iliaque et fait du psoïtis avec flexion de la jambe droite un bon signe pour le diagnostic différentiel. De même, le besoin fréquent et impérieux d'uriner, conséquence d'une situation basse du cæcum, aurait retenu l'attention.

Ces symptômes, en réalité, sont sans valeur pathognomonique, puisqu'il n'est pas rare de les rencontrer dans l'appendicite. Beaucoup plus mobile encore, l'appendice peut présenter ces différents rapports.

Les caractères du pouls et de la température, de la douleur, sa localisation, les sensations obtenues à la palpation, ont été également étudiées avec beaucoup de soin dans le but de préciser le diagnostic.

Ainsi Klemm admet que la douleur subjective est moins accusée dans la typhlite que dans l'appendicite, où elle revêt, en général, une intensité particulière en raison de la distension et rappelle de ce fait la douleur de la colique hépatique ou néphrétique.

Durante, il y a plusieurs années, a décrit dans son traité le tableau clinique de la typhlite en la distinguant de l'appendicite par la moindre gravité des symptômes et affirmant que

souvent la distinction est bien marquée. Peut-être, en effet, dans certains cas, sera-t-on surpris du silence relatif dans lequel se développe un processus inflammatoire et ulcéreux grave (douleur modérée, intermittente, température légère, respiration abdominale conservée...). Nous sommes loin des symptômes angoissants qui caractérisent d'ordinaire la crise appendiculaire, et, pour cette raison, il existe plusieurs exemples d'intervention malencontreusement retardée.

Par contre, la symptomatologie tumultueuse de la typhlite nécrosante et perforante rappelle en tous points le tableau de l'appendicite avec la classique triade de Dieulafoy.

Les lésions cæcales, autant que les lésions appendiculaires, présentent au point de vue clinique un grand polymorphisme.

Si la typhlite ou l'appendicite parvient au stade d'infiltration ou, pire encore, à la suppuration, le diagnostic est à plus forte raison impossible, tout élément susceptible d'indiquer le point de départ du processus faisant défaut.

Malgré tous les efforts de distinction il faut reconnaître que jusqu'ici, quelle que soit la perspicacité du clinicien, le diagnostic n'a jamais été porté avant l'intervention. Le fut-il d'ailleurs, et c'est un point sur lequel il est important d'insister, la conduite à tenir serait exactement celle que l'on doit avoir aujourd'hui en présence d'une appendicite.

Pour ces différentes raisons il nous a paru superflu de réserver un chapitre à l'étude développée des symptômes. Mieux vaut s'en tenir, croyons-nous, à une conception claire et essentiellement pratique de la question.

Au point de vue diagnostic différentiel, l'*ulcère simple perforé du gros intestin* pose un problème difficile à résoudre. Peut-il être distingué de la perforation spontanée à siège cæcal relevant d'un processus aigu tel qu'artérite, folliculite, et qui fut individualisée par plusieurs auteurs sous le nom de « typhlite perforante aiguë primitive » ?

La lumière n'est pas faite sur la nature exacte du terme « *ulcus simplex* », et la définition de Quénu et Duval, à laquelle on en est resté, est assez large pour convenir aux deux affections :

« Par ulcus simplex il s'agit du groupe des lésions ulcéreuses ne relevant ni de l'action d'aucun microbe spécifique, ni de l'action locale d'aucun agent chimique, mais seulement de l'action des microbes, hôtes habituels de l'intestin, et qui ne sont pas secondaires à une lésion initiale (ulcération au-dessus d'un rétrécissement, ulcération de tumeurs...). »

En 1911, le Professeur Patel, de Lyon, écrivait : « Il existe un ulcère perforant aigu... Au demeurant, les points communs sont nombreux entre l'ulcère et l'inflammation simple, puisque cette dernière est considérée comme la cause du premier. On peut en discuter l'appellation. »

Dans l'éventualité d'une évolution vers la perforation, la distinction de l'ulcère est malaisée, même pièces en mains. « En réalité », dit Soupault dans sa Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère simple colique (*Revue de chirurgie*, 1920), « il nous semble qu'il y a là une question de mots. »

L'ulcère existe, puisqu'il y en a au moins un cas irréfutable, celui de Morel et de Sechyran, cité par Quénu et Duval. Mais souvent, soit à l'opération, soit à l'autopsie, une investigation minutieuse de l'abdomen n'a pas été faite; aucune mention de l'état de l'appendice. Dans le cas de Zickler (*Semaine médicale*, 8 mars 1911), rien n'a été vu dans le ventre que la face externe du cæcum perforé. D'autre part, plusieurs cas sont tout à fait superposables à ceux que nous citons.

Il est infiniment probable que de nombreuses observations d'ulcères du cæcum révélés par une perforation ont trait en réalité à des typhlites.

TRAITEMENT

La conduite à tenir en présence des lésions de typhlite aiguë ne saurait être rigoureusement fixée.

Cependant, on ne manque jamais de supprimer l'appendice, même s'il est à distance du foyer et d'aspect absolument sain; son examen histologique pourrait peut-être, malgré tout, révéler des surprises. L'enfouissement ne sera pas toujours possible.

Quant au reste, l'acte opératoire sera adapté aux lésions.

Lorsque le cæcum est rouge, épaissi, fixé et ne présente aucun point spécialement menacé, certains se contentent d'un lavage à l'éther et ferment la paroi avec ou sans drainage. D'autres chirurgiens, et Cotte notamment, ont préconisé en pareil cas l'appendicostomie :

« Lorsque les parois intestinales sont très enflammées et que l'on hésite de ce fait à fermer l'abdomen sans drainage, la fistulisation de l'appendice permet à peu de frais de mettre au repos l'intestin et d'agir ainsi sur les lésions inflammatoires. Le procédé est d'autant plus avantageux qu'une fois la sonde enlevée la fistule se ferme généralement spontanément. » (Cotte, *loc. cit.*)

Lorsque la lésion est limitée, la technique la plus simple et la plus satisfaisante par sa rapidité — facteur important en raison de l'état inquiétant du malade — consiste à réséquer et suturer la plaque de sphacèle ou, mieux encore, à l'enfouir. Fermeture de la paroi avec drainage.

Un large enfouissement en trois plans fut adopté pour le malade dont nous rapportons l'observation inédite : un drain de gros calibre dans le Douglas, un Mickulicz dans le foyer cæcal. Les suites opératoires furent parfaites.

Dans certains cas, pourtant, l'enfouissement de la zone de sphacèle est impossible du fait de l'altération des parois cæcales qui la circonscrivent. On peut être amené à extérioriser temporairement le cæcum en l'isolant par des compresses de la grande cavité péritonéale (Ricard). Cette manœuvre rappelle l'extériorisation d'une anse intestinale suspecte lors de hernie étranglée. On peut encore aboucher la perforation à la paroi, conduite suivie par Böppe, Le Van Chinh. De cette façon on met l'organe au repos et l'on peut pratiquer quelques lavages lorsque les adhérences ont fixé le cæcum à la paroi en isolant la cavité péritonéale.

L'extension des lésions oblige parfois à des interventions plus larges : résection iléo-cæcale avec anastomose latéro-latérale, hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-terminale (Tavernier, Ricard, Bombi). Boyer et Tuft fixent chez leur malade une appendicectomie et une résection segmentaire du côlon ascendant avec suture bout à bout.

Somme toute, il n'y a là que des cas d'espèces, mais l'expérience a montré que le plus souvent une thérapeutique simple est suffisante : appendicectomie, puis enfouissement ou résection et suture de la zone lésée; fermeture de la paroi abdominale avec ou sans drainage.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli les observations dans lesquelles ont été faites des constatations opératoires ou nécropsiques complètes, celles dans lesquelles l'étude des suites opératoires a démontré d'une façon manifeste qu'il n'y avait aucun obstacle à la circulation des matières, aucune maladie générale en évolution.

Tel est notre critérium pour avancer que la lésion cæcale est idiopathique. Nous ne saurions toutefois considérer tous les faits cités comme absolument irréfutables. En pareille matière, pour écarter avec certitude une étiologie appendiculaire, il faudrait procéder à des coupes en série de l'organe et de son méso. L'observation rapportée par Okinckzic et que nous avons citée à propos de la pathogénie en est un bel exemple.

Si nous avons fait preuve d'une telle exigence, aucun cas n'aurait été retenu et c'eût été se priver d'arguments d'une valeur relative sans doute, mais qui semble pourtant de nature à entraîner la conviction. Nous tenons à faire remarquer que, si le nombre d'observations fournies à l'appui de notre conception est réduit, c'est parce que nous n'avons pas admis sans un contrôle sévère tous les cas pourtant intitulés « typhlite aiguë primitive ». Les observations de Piper, de Rodman, quelques cas parmi ceux qui ont été cités par Ropke et Otto Mikkelsen, entre autres, ont été laissés de côté, faute de renseignements assez précis sur l'appendice ou en raison de lésions plus ou moins anciennes auxquelles l'auteur n'a peut-être pas accordé assez d'attention.

Quelques malades, à un autre point de vue, semblaient entachés de tuberculose ou de typhoïde.

Par contre, nous regrettons de n'avoir pu nous procurer l'ouvrage de MM. Howard Kelly et Hudson : « The vermiform appendix and its diseases » (Philadelphie, 1905), dans lequel douze cas de typhlite aiguë primitive sont rapportés; nous savons toutefois que les trois observations de Southam que nous nous sommes procurées y figurent.

OBSERVATION I (Inédite).

(Février 1931.)

Plaque de sphacèle avec perforation siégeant sur la face externe du cæcum. — Enfouissement. — Drainage. — Guérison.

V... (Jean), résinier à Biganos (Gironde). C'est un solide jeune homme de 15 ans et demi, bien développé, de la taille de 1 m. 75.

Sans avoir éprouvé le moindre malaise durant les jours précédents, la moindre modification dans son activité, il s'éveille, le 8 février 1931, vers 5 heures, et ressent aussitôt levé quelques vertiges et des troubles oculaires : il lui semblait « qu'un brouillard passait devant ses yeux ».

Il se sent moins vigoureux, et en prévision d'une longue matinée de travail, il fait à 6 heures un petit déjeuner copieux (café, viande, confit de canard).

Pendant plusieurs heures, il prend une part active au travail avec ses parents.

Déjeuner à 13 heures, mais sans appétit, ce qui contraste avec ses habitudes.

Une selle normale.

Durant l'après-midi, le malade se sent un peu plus dispos, mais présente de temps à autre quelques vertiges.

A 8 heures du soir, les malaises deviennent plus fréquents; les troubles oculaires, qui avaient disparu pendant la journée, paraissent; le malade présente de l'inappétence, des pesanteurs gastriques.

Dîner léger à 9 heures, suivi d'une selle insignifiante. Le malade veut uriner, mais n'y parvient pas; en sortant des cabinets, il fait

quelques pas et, brusquement, tombe comme foudroyé, sans connaissance; il revient à lui au bout de cinq à six minutes environ, sans pouvoir prendre conscience des circonstances de sa chute, mais avec une douleur très vive, généralisée à tout l'abdomen, qui lui donne l'impression d'avoir reçu un coup violent.

Il se relève au prix de grands efforts qui augmentent ses souffrances. Épuisé, courbé en deux, les mains serrées sur le ventre, avançant à petits pas pour éviter les moindres secousses, il achève les 50 mètres qui le séparent de sa maison.

Son visage est altéré, il signale d'une voix faible, en quelques mots, l'incident. Il est si peu en rapport avec l'attitude du jeune homme pendant la journée que ses parents vont voir si un trou ou un obstacle ne pourrait expliquer la soudaineté, la violence de la chute; mais ils ne trouvent rien. Le malade se déshabille avec peine, pour se coucher le plus vite possible, et il se met au lit épuisé, incapable de faire le moindre mouvement. Bientôt, il vomit (2 vomissements alimentaires abondants); la douleur est horrible; il voudrait changer de position, mais il a l'impression d'être cloué à son lit.

Dans les heures qui suivent, il a plusieurs vomissements bilieux, des tendances à la syncope. On lui renouvelle des compresses d'eau chaude sur l'abdomen. Le malade éprouve l'envie d'uriner et d'aller à la selle, mais sans résultat. Sur sa demande, ses parents lui administrent successivement 8 lavements (eau chaude et huile), qu'il expulse aussitôt.

Le 9 février, à partir de 1 heure du matin, on note une accalmie relative; le malade absorbe quelques gorgées de tisane, qu'il ne tarde pas à rejeter. A partir de 8 heures, les vomissements bilieux se renouvellent, les douleurs abdominales reviennent intenses; le docteur T..., qui voit le malade à 10 heures, porte le diagnostic de syndrome péritonéal et ordonne le transport d'urgence à l'Hôpital des Enfants.

Le départ n'a lieu que l'après-midi; le voyage est très pénible pour le malade; pourtant, il tient à mettre pied à terre en arrivant et se rend à la salle en marchant, soutenu seulement par une personne.

Antécédents. — Dans les antécédents héréditaires, il n'y a rien d'anormal. Les antécédents personnels sont plus intéressants. Helminthiase (tenia) à 8 ans.

Depuis six mois environ, le malade ressentait de temps à autre des douleurs abdominales, d'intensité moyenne, sans localisation nette, à type de constriction, par période de deux ou trois jours et accompagnées de constipation. Aucun retentissement toutefois sur l'état général.

Examen. — Facies péritonéal typique, la température est à 38° 9, le pouls à 120°, régulier, bien frappé.

A la palpation de l'abdomen, on trouve de la défense musculaire. Cependant, ce n'est pas le « ventre de bois » des perforations de l'estomac. Du côté gauche, la paroi se laisse déprimer; du côté droit, surtout dans la région appendiculaire, la contracture musculaire est beaucoup plus prononcée, et il est impossible de déprimer la paroi abdominale. La palpation est partout très douloureuse.

La percussion montre qu'il y a de la matité dans la fosse iliaque droite. La rate n'est pas perceptible; la matité hépatique est conservée. En déplaçant le malade, on constate qu'il existe un épanchement libre dans la cavité péritonéale.

Le malade n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures et le cathétérisme de la vessie ramène 500 cc. d'urine. Au toucher rectal, on trouve le cul-de-sac de Douglas très sensible, distendu par une tuméfaction qui bombe dans le rectum.

Rien à l'appareil respiratoire.

Devant ces symptômes, on porte le diagnostic de péritonite probablement d'origine appendiculaire, consécutive à une perforation qui remonte à une vingtaine d'heures.

Intervention immédiate par le Docteur Villar.

Opération. — Anesthésie à l'éther.

Incision de Roux. A l'ouverture de la cavité péritonéale, on tombe sur un lambeau d'épiploon épaissi, noir et sphacélé, plaqué sur la face antéro-externe du cæcum, lequel baigne dans le pus. L'épiploon est décollé, lié et réséqué à sa base.

Le cæcum ainsi dégagé, on constate entre la bandelette antérieure

et la bandelette postéro-externe une perforation de la grosseur d'un pois, sensiblement circulaire, située au centre d'une plaque de sphacèle, noirâtre, ovulaire et de la taille d'une pièce de 1 franc.

On enfouit la perforation par une suture profonde, en bourse, au fil de lin, doublée d'une suture du plan séreux. On va à la recherche de l'appendice, supposé responsable de cette lésion. Il est à distance de la perforation et rétro-cæcal. Au point de vue macroscopique, il ne présente aucun signe d'altération; par prudence, on fait une appendicectomie. Dissection rétrograde de l'organe après ligature de sa base.

Par l'aspiration, on retire de la cavité péritonéale environ 1 l. et demi de liquide louche, l'intestin est légèrement enflammé, mais l'examen des anses situées au voisinage immédiat du foyer ne montre pas d'autre perforation, pas de plaque de Peyer. On respecte toutefois les adhérences constituées, pour ne pas priver le malade de ses meilleurs moyens de défense, et l'on termine l'intervention en plaçant un drain dans le Douglas et un Mikulicz dans la région iléo-cæcale.

Le pronostic s'aggrave de l'incertitude étiologique et de la menace d'autres lésions.

Les suites opératoires, pourtant, son excellentes; le malade, un peu choqué après l'intervention, reçoit dans la nuit 1 litre de sérum physiologique. Le lendemain, la température est à 37° 6; au bout de trois jours, elle est revenue à la normale et le pouls est au-dessous de 90. La rétention d'urine ne cède que le quatrième jour. La plaie donne beaucoup; pas d'odeur putride toutefois.

Le Mikulicz est enlevé le onzième jour et le malade sort quelque temps après de l'hôpital complètement guéri.

Examen anatomo-pathologique de la pièce par M. le Professeur Sabrazès : Appendice normal, légère réaction de péritonite qui semble être de voisinage.

Les examens sérologiques ont montré qu'il ne fallait pas non plus penser à une typhoïde ambulatoire; l'hémoculture, pratiquée le lendemain de l'intervention, a été négative; le séro-diagnostic de Vidal, répété deux fois à vingt jours de distance, n'a montré aucune agglutination des bacilles du groupe typhique.

La formule leucocytaire est normale :

Polynucléaires neutrophiles, 65;

Polynucléaires éosinophiles, 1;

Monocytes, 4;

Lymphocytes, 30.

L'examen coprologique, à plusieurs reprises, a mis en évidence de nombreux kystes de *Lamblia*.

OBSERVATION II.

(Soc. anatomique, sept. 1854.)

Perforation du cæcum par un lombric.

M. Bailly montre le cæcum d'un enfant qui a succombé à une diarrhée cholériforme. Cet organe présente une perforation très petite par laquelle s'est glissé un lombric. Le corps de cet halminthe est à demi-engagé à travers la perforation et les diamètres de celle-ci sont tels que le lombric est fortement serré et comme étranglé.

M. Bailly croit que l'ouverture n'est pas due à une inflammation ulcération, car il n'y en a pas eu de traces au pourtour de la perforation, mais qu'elle a été faite par le ver lui-même.

M. Cruveillier partage cette opinion et fait remarquer que ce qui semble la confirmer c'est que le péritoine est appliqué sur le lombric et a dû être soulevé avant d'être perforé. Ce fait est fort important à constater; ce serait le premier qui se présentât avec cette évidence, et il est fort remarquable puisque les *ascaris lombricoïdes* sont dépourvus d'organes perforateurs.

M. Honel a vu un *ascaris lombricoïde* perforer l'appendice iléo-cæcal et son corps, engagé dans la perforation, est à moitié dans la cavité du péritoine.

OBSERVATION III (Résumée).

(Par L. S. M. MURTRY, A. M., M. D, 1888.)

Cas de typhlite, avec double perforation du cæcum et péritonites

Je fus demandé, le 26 janvier 1888, en consultation avec le Docteur George Perkins et I. S. Wassen, à Somerset. Le malade était un jeune médecin bien connu le Docteur J. L. Owens. Depuis quelques mois, il souffrait de temps en temps de coliques accompagnées de nausées et de vomissements. Cela dura jusqu'au 10 janvier, où une crise plus aiguë ne fut rendue supportable que par l'administration de morphine et d'opium. Les quelques jours qui suivirent, on cessa les calmants, administrant quelques laxatifs pour faire cesser la constipation. Mais la douleur de la région iliaque augmentait avec induration dans la ligne de l'uretère. Cette induration ne fit qu'augmenter jusqu'à ce qu'elle devint une tumeur de la forme d'une saucisse oblongue dans la fosse iliaque droite.

Le soir du 26, se produisit une hémorragie intestinale. Le hoquet s'ajouta aux autres symptômes, qui, avec la rapidité du pouls, le tympanisme et les vomissements, firent établir le diagnostic d'inflammation cæcale ou péricæcale. Le matin du 27, la fréquence du pouls qui augmentait et le froid des extrémités furent interprétés comme les symptômes de perforation avec collapsus. Le pouls devenait faible et, le malade baignant dans sa transpiration avec des vomissements fréquents de liquide vert, on décida l'opération. La tumeur était toujours distincte à l'origine du côlon.

Opération. — L'incision porte directement sur la tumeur partant à deux pouces à droite de l'ombilic et continuant obliquement vers le pubis. Les tissus superficiels étaient intacts, mais les plus profonds étaient sérieusement atteints. Le péritoine pariétal et le péritoine viscéral recouvrant le cæcum et les anses grêles adjacentes étaient fortement injectés. La péritonite était limitée, mais on en voyait des marques récentes et graves. Le cæcum fut extériorisé et entouré avec une serviette imprégnée d'eau chaude. L'intestin fut isolé par des compresses pressées dans la blessure. L'appendice

vermiforme fut trouvé normal. Sur la face antérieure et externe du cæcum, il y avait deux perforations gangrénées, une un peu plus large qu'une pièce de 25 centimes, l'autre un peu plus large qu'une pièce de 10 centimes. Ces perforations étaient noires et de forme circulaire assez bien définie. La perforation la plus large était complète et avec épanchement dans la cavité péritonéale. La plus petite n'était pas complète, mais les tissus étaient usés, et, sous l'influence d'une faible pression du petit doigt, on arrivait dans l'intestin.

Lésions typiques d'une péritonite par perforation. Avec les ciseaux, j'écartai les bords des perforations, réséquant les tissus gangrénés et donnant aux orifices une forme elliptique.

Suture au fil de soie, d'après la méthode de Lembert. La paroi intestinale était épaissie; les sutures passèrent sous la cauche musculaire, mais ne pénétrèrent pas jusqu'à la muqueuse. Les parties malades et la fosse iliaque entière furent rigoureusement détergées avec une solution physiologique chaude. Fermeture et drainage.

Le troisième jour après l'opération, la température monte brusquement sous l'influence d'une dilatation d'estomac passagère. Le drain est retiré le quatorzième jour.

Guérison complète.

OBSERVATION IV.

(Thèse MARIAGE, 1891.)

Infiltration diffuse du cæcum;

Petits abcès au milieu d'adhérences péricæcales.

Jeune garçon de 10 ans, entré dans le service de M. Legroux en juin 1889 avec symptôme de typhlite vraie stercorale. Constipation opiniâtre, fièvre, douleur dans la fosse iliaque droite. On pouvait percevoir par la palpation de la partie droite du ventre ce boudin pâteux qui est décrit dans les auteurs, pas de vomissements, pas de symptômes généraux graves, rien que de la faiblesse. Le début de la maladie remonte à deux jours. Révulsion locale, glace et purgatif amendent rapidement les symptômes aigus, et l'enfant

allait localement beaucoup mieux lorsqu'il contracta à l'hôpital une angine dyphtérique grave qui se compliqua de croup et l'emporta rapidement.

Autopsie. — Les parois du cæcum étaient augmentées de volume, tuméfiées et légèrement rouges, sans ulcération ni perforation; mais, chose importante, on trouva en même temps des adhérences péricæcales avec l'intestin grêle et au milieu de ces adhérences quelques petits abcès bien limités, le plus volumineux, situé sur la face interne du cæcum, a le volume d'une noisette. Le péritoine ne présente pas de lésion généralisée. L'appendice est libre et tout à fait sain.

OBSERVATION V.

(D^r LOP, de Marseille, ancien chef de clinique,
Revue de médecine, 1897, p. 648.)

Typhlite suppurée sans lésion de l'appendice.

X..., homme de 43 ans, patron boucher, à antécédents héréditaires excellents, mais avec antécédents personnels assez chargés (nerveux à l'excès, constipation habituelle, n'allant à la selle qu'avec beaucoup de difficulté, ayant subi peu avant sa typhlite un empoisonnement alimentaire. Pas de tuberculisation pulmonaire).

Cet homme est pris subitement le 3 mai de douleurs abdominales intenses avec vomissements bilieux. Ces douleurs, à peine calmées par une préparation opiacée, se maintiennent avec leur caractère d'acuité jusqu'au 5. Ce jour, elles semblent s'apaiser le matin pour reparaitre le soir et se localiser dans la fosse iliaque droite.

Cette localisation devenue par la suite définitive, les antécédents intestinaux du malade, la soudaineté du début, l'existence du point de Mac Burney, la dysurie, me font admettre tout de suite la possibilité d'une inflammation de l'appendice.

Sous l'influence de la glace, des opiacés à haute dose et de la balnéation chaude, les phénomènes locaux s'amendent très rapidement et le 9 mars la guérison semblait vouloir devenir définitive. Jusqu'à ce jour, apyrexie totale, contrôlée matin et soir par le thermomètre.

Malgré cette apparence de guérison, et aussi à cause de la présence d'un point douloureux, s'exaspérant par la pression et siégeant à la partie moyenne de l'arcade crurale, d'une attitude toute particulière de la cuisse droite, attitude ressemblant à celle prise par les malades atteints de psoïtis, je priai mon maître, M. le Professeur Queirel de venir voir le malade, le lendemain 10 mars, et de me faire connaître son avis sur l'opportunité d'une intervention.

Après examen du malade, mon maître fut d'avis de surseoir à l'intervention. Il se basait pour cela sur le peu d'intensité des phénomènes locaux, l'absence de réaction générale et l'apyrexie, mais il fit part néanmoins à la famille de la possibilité d'une opération.

M. Queirel me conseilla de continuer la même médication et de surveiller attentivement le malade.

10, 11, 12 mars : L'amélioration va en augmentant chaque jour, l'état général est excellent.

12 mars : Localement, il existe encore un peu d'empâtement et d'endolorissement sur le trajet du cæcum, exaspéré à la pression. Apyrexie.

14 mars : Le jour, le malade prend sans notre autorisation un potage gras au vermicelle, et se fait donner, malgré notre défense, un lavement qui amène une vingtaine de scybales.

15 mars : Dans la nuit du 14 au 15, douleurs abdominales intenses, vomissements. Le matin, le ventre est douloureux, les mouvements de la cuisse droite sont impossibles. Apyrexie.

Dans la nuit, le malade aurait eu quelques frissons, sueurs abondantes; la douleur dans la fosse iliaque s'est accentuée.

17 mars : Les frissons se sont répétés dans la nuit. Pas de température. Néanmoins, après examen, l'intervention est fixée au lendemain 18.

Opération (18 mars). — Incision classique dans la fosse iliaque : épiploon et péritoine sains. Le cæcum est retenu par quelques adhérences. Tout à fait en arrière, le doigt fait sourdre une centaine de grammes de pus fécaloïde.

En libérant peu à peu le cæcum de ses adhérences, M. Queirel arrive à amener au jour l'intestin, dont la face postérieure porte au niveau de son bord externe une plaque de sphacèle plus large qu'une pièce de 5 francs et portant au centre une large perforation.

Le reste du cæcum est le siège d'une vive inflammation avec épaissement marqué des tuniques.

L'appendice se fait remarquer par son intégrité, sa perméabilité, sa coloration normale.

Ainsi donc, intégrité absolue de l'appendice.

En présence de l'étendue du sphacèle, M. Queirel n'essaye même pas de suturer et établit un anus contre nature.

On ferme la plaie cutanée à ses deux extrémités et on introduit une gaze iodoformée dans l'intestin.

Les premiers jours après l'opération sont particulièrement pénibles, vomissements persistants calmés par eau chloroformée à haute dose et par la glace.

19 mars : Changement du pansement. Lavage eau bouillie et pansement antiseptique.

23 mars : Etat général satisfaisant. Alimentation légère possible.

26 mars : Vives douleurs dans le rectum. Lavement qui amène quelques scybales.

27 mars : Nettoyage du rectum.

28 mars : Hémorragie abondante au niveau de l'an^{us} iliaque, hoquet persistant. Les vomissements reparaissent, alimentation impossible.

1^{er} avril : Nouvelle hémorragie, moins abondante. Cessation des vomissements.

1^{er} au 7 avril : Amélioration continue, alimentation supportée. La plaie cutanée est localement réunie à ses deux extrémités. Il reste un anus en infundibulum très net. Evacuation des matières fécales régulière.

8 avril : Pneumonie massive de tout le poumon gauche. Etat intestinal excellent. La pneumonie dure jusqu'au 18. Alimentation régulière. Le malade se lève un peu chaque jour.

9 et 10 avril : muguet abondant qui cède au traitement ordinaire.

20 avril : Pneumonie guérie. Vomissements, douleurs, amenés par un gros écart d'alimentation.

20 au 26 avril : Amélioration régulière, mais aucune alimentation consistante ne peut être supportée (vomissements, douleurs).

Un jour même, sous l'influence de l'alimentation, il s'est produit une sorte d'invagination du bout supérieur de l'anūs iliaque, invagination que j'ai pu réduire avec le doigt. Et cependant le malade refusait de continuer le lait, « préférant, dit-il, se laisser mourir de faim », ne cessant de réclamer la cure de son anus.

L'insistance du patient et l'intégrité du poumon jadis malade nous décidèrent à intervenir. Le 25 avril, je fais à l'aide d'une sonde œsophagienne une exploration par le rectum, à travers lequel je fais passer un lavement de lait qui ressort par l'anūs iliaque.

Le malade est préparé pour l'opération qui a lieu le 27.

M. Queirel dissèque le pourtour de l'anūs iliaque, le libère de ses adhérences et arrive avec assez de difficultés à amener le cœcum au jour; par l'exploration digitale, il reconnaît les deux orifices de l'intestin. Le cœcum est absolument sain; les plaques de sphacèle se sont éliminées sans laisser après elles traces appréciables de pertes de substances. Pas d'infiltration inflammatoire de tissus de la fosse iliaque. Appendice toujours normal. Perforation intestinale très réduite : pièce de 2 francs environ. Sutures au catgut, puis suture du plan musculaire et de la peau.

La journée qui suit l'opération est bonne; dans la nuit, quelques vomissements de sang digéré.

Dans la journée du 28 avril nouvelles hématomèses, hoquet, affaiblissement. Injection de 300 grammes de sérum, caféine, strychnine. Le soir du vingt-huitième jour, sous les efforts des vomissements, les sutures intestinales paraissent être rompues, le pansement est souillé de matières fécales. Je fais sauter les points de suture de la peau et des muscles et j'essaie, à l'aide d'un mandrin de l'aspirateur de Potain, seul instrument que j'ai sous la main, de rouvrir l'intestin pour éviter le passage des matières dans la grande cavité péritonéale. J'y arrive sans trop de difficultés et peux placer une gaze iodoformée en drainage.

Nouvelle dose de sérum, de caféine et de strychnine. Dans la nuit, les hématomèses continuent et le malade succombe le 29.

Le Docteur Lop insiste sur le fait qu'il ne s'agit nullement d'une inflammation spécifique du cœcum (cancer, tubercu-

lose), mais bien d'un engorgement purement stercoral de ce segment du gros intestin. « Evidemment, dit-il, la constipation habituelle, pour ainsi dire congénitale, l'état névropathique de cet homme, le prédisposaient singulièrement à l'accident qui lui est arrivé, mais ce qui rend particulièrement intéressante son observation, c'est l'intégrité absolue de l'appendice.

Il ne faut donc pas être absolu, poursuit l'auteur, et refuser d'admettre d'une façon systématique toute inflammation isolée du cæcum.

OBSERVATION VI.

(SOUTHAM, *Brit. Med. Journal*, 30 avril 1898, p. 1130.)

Abcès pérityphlitique dû à une perforation du cæcum par une épingle; fistule stercorale. — Opération plastique. — Guérison.

Homme de 24 ans, admis le 23 septembre 1897 à l'infirmierie royale de Manchester. Il présentait tous les symptômes d'appendicite aiguë. Quatre jours avant, il avait été pris de douleurs dans la fosse iliaque droite avec des vomissements. A l'entrée, on percevait, au-dessus de l'arcade de Faloppe, une voussure très nette; elle était douloureuse à la pression et légèrement mate. Rigidité des muscles de la paroi. Abdomen un peu météorisé. Température, 38°4; pouls, 82. Pendant quelques jours, peu de changement dans l'état du malade : les fonctions digestives se faisaient bien. Vers la fin de la semaine, les symptômes locaux étaient moins marqués. Température normale; pouls, 96. Le neuvième jour, le malade vomit pour la première fois. Comme les vomissements continuaient les jours suivants et devinrent fécaloïdes au bout de quarante-huit heures, on décida une intervention. Aucun signe local n'indiquait la présence du pus. Température normale, pouls accéléré.

Opération (4 octobre). — Incision exploratrice au niveau de la région appendiculaire. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe une

once de pus épais à odeur fétide. Un calcul stercoral s'échappe en même temps, de forme ovoïde, mesurant trois quarts de pouce. Fixée au centre de cette concretion, il y avait une épingle, sa tête et sa pointe faisaient saillie à chacune des extrémités. La cavité de l'abcès, quand l'exploration avec le doigt fut faite, avait des adhérences qui le séparaient de la grande cavité péritonéale. Lavage à l'eau boriquée. Drainage.

Suites opératoires. — Le malade quitte l'hôpital vers le 6 novembre. Une fistule stercorale existait au niveau de l'incision; il fut admis de nouveau à la fin de décembre. Il se produisait des décharges de matières considérables et on voyait aussi une hernie de la membrane muqueuse au niveau de la fistule. Il n'y avait aucune tendance à la fermeture spontanée.

Seconde opération (30 décembre 1897) : La paroi fut élargie et on trouva que la communication se faisait avec le cæcum qui était adhérent à la paroi abdominale antérieure. L'ouverture, large comme une pièce de 1 franc, était située sur la paroi antérieure du cæcum, à trois pouces de la naissance de l'appendice. Il n'y avait aucun épaissement de la paroi et pas d'adhérences. Fermeture de la paroi antérieure du cæcum avec pointe de Lambert. Fermeture de la paroi abdominale, sauf au centre.

Guérison trois semaines après.

OBSERVATION VII.

(SOUTHAM, *Brit. med. Journal*, p. 1131, 30 avril 1898.)

Abcès pérityphlitique dû à une perforation du cæcum.

Fistule stercorale. — Iléo-colostomie. — Guérison.

Jeune homme 19 ans, admis, le 9 avril 1892, avec une fistule stercorale dont l'orifice était situé un peu au-dessus du milieu de l'arcade de Fallope du côté droit. Depuis six mois, un abcès s'était formé dans cette région, évoluant comme un abcès appendiculaire et, après évacuation, une fistule stercorale s'était établie.

Opération (le 9 mai). — L'orifice fut élargi, et l'on vit la com-

munication avec l'intestin. Elle était placée sur la paroi antérieure du cæcum, près de sa jonction avec l'iléon. L'appendice était absolument sain. Les bords de l'ouverture, qui était large comme une pièce de 1 franc, étaient épaissis et indurés et les parois adjacentes étaient si bien maintenues par des adhérences, qu'il était impossible de faire une opération plastique à ce niveau. Iléo-colostomie entre l'iléon et le côlon transverse (avec la bobine en os de Seyne). La paroi abdominale fut suturée, sauf au centre.

Suites opératoires. — Elles furent excellentes. Au dixième jour, la fistule commence à se fermer. Guérison maintenue depuis six ans.

OBSERVATION VIII.

(SOUTHAM, *Brit. med. Journal*, p. 1131, 30 avril 1898.)

Abcès pérityphlitique dû à une ulcération stercorale. — Perforation du cæcum. — Irruption des matières fécales dans la cavité péritonéale. — Mort.

Homme âgé de 67 ans, admis le 3 décembre 1894, avec symptômes d'obstruction intestinale incomplète.

Il y a sept semaines, commence à souffrir de constipation opiniâtre avec vomissements et coliques abdominales. L'obstruction était incomplète, le rectum était entièrement libre. Le quatrième jour après son admission, douleur brusque dans la fosse iliaque droite; température, 41 degrés. Mort, dans le collapsus, au bout de deux heures.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, la cavité péritonéale contenait du pus et des matières liquides plus abondantes dans la fosse iliaque droite. Aucune trace de péritonite récente. La partie supérieure du rectum, le côlon, le cæcum et l'intestin grêle étaient distendus par des matières dures. Derrière le cæcum, vieilles adhérences qui limitaient un abcès qui contenait du pus et communiquait avec la grande cavité péritonéale. A l'ouverture du cæcum, ulcération superficielle de la grandeur d'une pièce de deux sous envahissant seulement la muqueuse, siégeant sur la paroi postérieure. Au centre de l'ulcération, petite perforation du volume

d'un pois. L'appendice et les autres parties du gros intestin et de l'intestin grêle étaient absolument sains et exempts de toute ulcération

OBSERVATION IX.

(Professeur TÉDENAT, de Montpellier, *Revue de chirurgie*, oct. 1902.)

Enorme abcès rétrocæcal. — Grandes perforations multiples à l'origine du côlon. — Appendice normal. — Sutures secondaires. — Guérison.

C... (E.), 40 ans, habituellement constipé. Il y a vingt jours, brusque douleur dans tout le côté droit du ventre sans vomissements, sans constipation complète. Rentre à l'hôpital avec le diagnostic de collection suppurée péricæcale. Température, 40°2; pouls, petit, à 104 : douleur très vive dans toute la moitié droite du ventre, distendu; rougeur de la peau de la fosse iliaque droite.

Opération. — Incision de Roux pour l'appendicite. La paroi est indurée, saignante. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule 1/2 litre de pus fétide, épais, mêlé de gaz et de matières fécales. Cæcum très dilaté, rouge violet. Sur sa face antéro-externe, fausses membranes grisâtres, adhérant au péritoine pariétal, au-dessous desquelles on trouve l'appendice normal. Le doigt va derrière le cæcum, d'où sort un grand verre de pus. Deux perforations arrondies de 12 à 15 millimètres de diamètre à la face postérieure. A 4 centimètres au-dessous, trois autres perforations larges de 7 à 8 millimètres : drainage.

Le malade va bien, mais une fistule persiste.

Un mois après, fermeture de la fistule; enfouissement des points perforés; gros drains. La fistule reste fermée. Guérison parfaite.

OBSERVATION X.

(Professeur TÉDENAT, de Montpellier, *Revue de chirurgie*, oct. 1902.)
Abcès rétrocæcal occupant la fosse iliaque et la partie moyenne de la cuisse. — Perforation de la paroi postérieure du cæcum. — Appendice normal. — Mort de septicémie chronique.

M..., 52 ans. Santé robuste. A eu à deux reprises, le 10 août et le 8 septembre 1891, des phénomènes graves d'obstruction intestinales. Après lavements, les selles étaient revenues au bout d'une huitaine. La seconde fois, une douleur a persisté dans la fosse iliaque droite, où l'on constate une tuméfaction profonde. Le 12 octobre 1891, le malade entre à l'hôpital, très amaigri, faible, fièvre hectique. La fosse iliaque droite est le siège d'un empâtement profond s'étendant jusqu'à la ligne médiane, et en bas jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Fluctuation sur la tuméfaction de la cuisse. Ventre peu douloureux à la pression, sauf dans la fosse iliaque.

Opération. — Incision oblique interne de 8 centimètres, un peu en dehors de la saillie sonore du cæcum. Le doigt contourne le cæcum, détruit quelques adhérences et donne issue à 1 litre de pus stercoral bien lié, fétide. A la partie externe de la face postérieure du cæcum existe une perforation de 2 centimètres de diamètre. Seconde incision parallèle aux vaisseaux fémoraux et en dehors d'eux. Le cæcum adhère à la paroi abdominale antérieure. Drainage.

Pendant dix jours, grande amélioration, puis augmentation de douleurs et de la fièvre. Incision parallèle à la première pour rechercher une collection purulente, réséquer la portion iléo-colique. L'appendice est trouvé libre et sain en bas et en dedans du cæcum. Il est réséqué. De graves accidents d'anesthésie empêchent de continuer l'opération. Sutures, drainage.

Statu quo durant huit jours. La température oscille autour de 39°5. Le malade succombe à la fièvre hectique.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XI.

(Professeur TÉDENAT, de Montpellier, *Revue de chirurgie*, oct. 1902.)

Abcès pérityphlitique consécutif à des perforations ulcéreuses simples, multiples, de l'origine du côlon : large fistule stercorale. — Résection iléo-colique. — Appendice normal. — Anastomose latérale. — Guérison.

A... (Auguste), 68 ans, constitution robuste, alcoolique. Gros mangeur. Entre à l'hôpital, le 20 janvier 1897, pour de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, avec coliques et nausées.

Le malade a eu deux crises analogues il y a dix mois et le 1^{er} janvier 1897, qui avaient cédé à un purgatif.

Etat. — Facies grippé, voix éteinte, langue sèche. Pouls petit, rapide; vomissements bilieux pas trop pénibles; ventre ballonné, douloureux. Au niveau du côlon sensibilité plus vive, douleurs plus intenses, léger empâtement de la paroi.

Opération. — Incision verticale de 5 centimètres : il s'échappe un flot fécal, noir, fétide, mêlé de gaz. Les douleurs, les vomissements disparaissent. En sept ou huit jours, les débris sphacéliques s'éliminent, une fistule stercorale s'établit.

Seconde opération pour fermer la fistule. — Au-dessus de la perforation principale, on trouve deux autres perforations. Résection iléo-cæcale; anastomose latérale entre l'iléon et le côlon; sutures. Guérison.

Examen de pièces. — Cæcum congestionné à parois épaissies; appendice normal.

OBSERVATIONS XII et XIII.

(FELTZ, *Gazette hebdomadaire*, n° 7, 1902.)

I. — Pérityphlite avec foyer purulent situé à côté du cæcum, produit par une perforation de celui-ci. Cæcum rempli de matières brunes, compactes. Appendice absolument intact.

II. — Femme âgée de 44 ans, qui, pendant six mois, avait pré-

senté des crises douloureuses diffusées dans tout l'abdomen avec météorisme. Alternative de diarrhée et de constipation. Un purgatif est suivi de deux évacuations liquides. Le matin suivant, la malade est prise de frissons et de douleurs intenses. Sensibilité particulière et contracture au point de Mac Burney. La malade meurt, le lendemain, de péritonite diffuse.

Autopsie. — Cæcum très gonflé; paroi mince, surtout dans la partie supérieure, où l'on aperçoit une petite perforation. Tout le reste de l'intestin et l'appendice sont absolument normaux.

OBSERVATION XIV.

(BÜRKHARDT, *Beitrage zur Klinish. chir.*, t. 63, 1909.)

Inflammation du cæcum récidivante. — Résection cæcale.

Appendice normal.

Jeune fille ayant présenté il y a quinze jours une douleur aiguë dans la région iléo-cæcale. Langue saburrale, constipation, mauvais état général. Disparition des douleurs après quelques jours de repos.

Nouvelle crise avec constipation, fièvre et douleur : La malade entre à la clinique.

Examen. — Malade ne présentant pas d'altération des organes internes; température légèrement fébrile; pouls, 84.

Dans le voisinage du point de Mac Burney, région sensible de la largeur de la main, pas de résistance anormale. Ventre légèrement tendu.

On pose le diagnostic d'appendicite récidivante.

Opération. — Laparotomie. Le cæcum présente une forte coloration de sa paroi sur une étendue de la grosseur d'une prune. Au palper : sensation d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, paraissant constituée par la paroi intestinale épaissie.

Appendice de coloration normale et libre d'adhérences.

On fait une résection du cæcum en enlevant même un morceau de côlon ascendant. Fermeture des deux bouts terminaux et anastomose latéro-latérale. Guérison.

La pièce examinée n'était pas de nature tuberculeuse.

OBSERVATION XV.

(ENDERLEN, *Beitrage zur Kinish. Chirurg.*, t. 68, 1909.)

Typhlite aiguë due à une ulcération du cæcum.

Résection cæcale.

Homme de 36 ans. Tombe subitement malade après être allé à la selle. Douleur aiguë abdominale. Entre à la clinique pour être opéré.

Examen. — Homme vigoureux. Urines sans albumine; température, 37°5; pouls, 88.

Dans la région cæcale, endroit très douloureux à la pression, pas de résistance nette. Le ventre est légèrement ballonné, tympanique, non sensible. On porte le diagnostic de pérityphlite aiguë.

Opération. — Après ouverture de la cavité péritonéale, on arrive difficilement à isoler le cæcum. L'appendice est en position normale, sans adhérences ni exsudats; sa surface extérieure est lisse et intacte. On le résèque toutefois, puis on inspecte le cæcum : au niveau du fond, fausse membrane de la grosseur d'une pièce de 1 mark, au centre de laquelle on distinguait une tache colorée de la grosseur d'une pièce de 10 pfennig. La palpation donne la sensation d'une petite masse ulcérée. A cet endroit, on fait la résection partielle de la portion cæcale malade. Suture.

Guérison rapide.

OBSERVATION XVI.

(JORDAN, *Über primære akute Typhlitis*,
in *Archives für Klinischen chir.*, Bd. 69, 1903.)

Pérityphlite cæcale. — Résection du cæcum.

Appendice normal.

Fillette de 10 ans jusque là bien portante, jamais constipée. Est tombée brusquement malade avec de la fièvre et douleur dans la région iléo-cæcale. Après peu de temps, apparition d'un plastron de la largeur d'une main dans la région cæcale. On porta le diagnostic de pérityphlite subaiguë. Comme l'état général était bon on

s'en tint au traitement médical pendant six semaines. Régression, toutefois les purgatifs et la nourriture réveillent la douleur.

Les six semaines écoulées, on intervint, s'attendant à trouver un appendice purulent entouré d'exsudats.

Opération. — On découvre un cæcum enveloppé de fausses membranes inflammatoires. Les anses intestinales sont reliées à ce foyer et forment une masse; pas d'épanchement.

L'appendice est libre et normal, se dirige vers le promontoire.

A l'ouverture, on trouve une parcelle fécale, d'ailleurs bien supportée : aucune réaction de la muqueuse.

Le cæcum, débarrassé de ses fausses membranes, présente sur sa face antérieure une région brunâtre, de la dimension d'une pièce de 2 marks, située à 2 centimètres de la base de l'appendice.

On réséqua le morceau suspect. Suture en deux plans de la perte de substance.

La portion réséquée a 1/2 centimètre d'épaisseur et présente au niveau de la muqueuse une ulcération d'un 1/2 centimètre de large sur 2 cm. 5 de long. Le fond de l'ulcération présente des excroissances polypeuses. La muqueuse environnante est tuméfiée mais bien conservée.

Au microscope : Aucune lésion tuberculeuse; forte infiltration de petites cellules rondes, plus marquée dans la muqueuse et la sous-muqueuse, traversant les muscles jusque dans la couche sous-séreuse.

Dans la zone infiltrée, on trouva de nombreux staphylocoques.

La malade guérit et se porte bien après six ans.

OBSERVATION XVII.

(SICK, *akute typhlitis*.)

(in *Deutsche Zeitsch. f. chirurgie*, Bd. 70, 1903.)

Typhlite ulcéreuse par coprostase.

Le 20 avril 1903, je fus appelé par le Docteur Peters à P..., chez une femme de 58 ans, au sujet de laquelle il avait porté le diag-

nostic d'abcès pérityphlitique. Il s'agissait d'une cuisinière extraordinairement grosse, qui, mis à part quelques troubles climatiques et digestifs, s'est toujours très bien portée jusqu'au 15 avril 1903. Elle tomba malade ce jour avec frissons, douleurs localisées à la partie droite du bas-ventre, sans cause appréciable.

Le 16 avril, le Docteur Peters mit en évidence, dès sa première visite, une douleur à la pression de la région iléo-cæcale. L'abdomen était un peu dilaté, et plus à droite qu'à gauche.

Langue chargée, pas de vomissements. Evacuation le matin même. Température rectale, 39°2 dans l'après-midi.

La thérapeutique immédiate consista en compresses froides renouvelées toutes les demi-heures. Opium : X gouttes à quatre reprises. Diète absolue.

Le 17 avril, l'état abdominal, la douleur à la palpation, n'avaient pas changé. Température, 38°7; pas de vomissements.

Thérapeutique : Opium et lavements à l'eau salée quatre fois par jour.

Le 18 avril, disparition de la flatulence. L'abdomen est moins sensible. L'amélioration persiste le 19; néanmoins la douleur à la palpation du point de Mac Burney existe toujours et les gaz qui se trouvent dans cette région ne disparaissent pas. Urines normales.

Température matinale, 37°8; vespérale, 38°4.

Le 20 avril, sixième jour de la maladie, après une nuit inquiétante, la fièvre s'éleva de nouveau, et, le matin, elle atteignait 39°3.

La malade se plaignait de céphalée. Son état subjectif était très troublé. Une résistance douloureuse est nettement perçue au niveau du cæcum. La fièvre monta dans l'après-midi à 39°8. Pas de vomissement cependant.

Opération d'urgence dès que la malade fut transportée à la clinique.

J'examinai la malade avant et pendant la narcose et trouvai un abcès pérityphlique limité. L'état général, l'aspect et le pouls étaient très satisfaisants. L'état local avant l'anesthésie était très caractéristique : à une dilatation généralement modérée de l'abdomen s'opposait une voussure plus importante de la région iléo-cæcale avec forte contracture de la couche musculaire sous laquelle

on pouvait cependant apprécier en palpant latéralement et avec douceur un empâtement de la dimension d'une main. Pendant l'anesthésie, je fus frappé de ne pouvoir établir, malgré la grosseur de la tumeur, une fluctuation bien évidente.

Après une incision parallèle au ligament inguinal et bien au-dessus de l'épine iliaque, les muscles les plus profonds et les aponévroses se montraient légèrement infiltrés. Pourtant le péritoine ne présentait pas d'épaississement important ou de formations couenneuses. Il avait, au contraire, une transparence presque normale, qui permettait de suivre les mouvements péristaltiques des portions avoisinantes de l'intestin grêle.

La palpation de la tumeur, qui appartenait effectivement au cæcum, révéla alors avec netteté le manque de fluctuation, et mieux encore une consistance pétrissable. On avait l'impression de refouler des masses fécales, comme on en trouve assez souvent lorsqu'on procède à un anus artificiel.

Bien que l'hypothèse d'un abcès fût à exclure, j'incisai néanmoins le péritoine pour juger exactement de l'état de l'appendice vermiciforme. De légères adhérences existaient entre le péritoine pariétal et viscéral. Le cæcum, anormalement mobile, se laissait déplacer dans tous les sens. On le réclina vers le haut, et l'appendice apparut, long de 10 centimètres environ, d'apparence normale, de même que les organes voisins (la turgescence caractéristique que l'on rencontre dans les appendicites mêmes légères faisait complètement défaut). L'appendice se dirigeait vers le bassin. Ce qui frappa, par contre, ce fut un endroit sur la partie antéro-inférieure de la paroi cæcale, de la grosseur d'un pois, où le péritoine viscéral se soulevait en ampoule et où l'on pouvait voir distinctement le bol fécal que contenait le cæcum. Le pourtour de cette zone amincie était légèrement infiltré et pas nettement hémorragique. Dans le voisinage, il y avait des régions pareillement touchées.

Pour me conformer aux circonstances, je me bornai à suturer la région de l'ulcération, qui indiquait aussi sans doute une stase, par une suture en bourse à la soie, comme avait coutume de le faire Heflerich dans des régions intestinales circonscrites et suspectes de gangrène, méthode plus riche en succès que la résection.

L'appendice, normal, fut laissé en place.

Tamponnement à la gaze iodéformée de Mikulicz et suture d'une partie de la plaie abdominale par des points serrés. Les autres points furent mis en place mais laissés lâches.

La malade supporta très bien la narcose. Pendant la nuit, hoquet prolongé mais pas de vomissements. Amélioration subjective.

Le 21 au matin, la température est de 37°9, et 38°8 le soir.

La malade se rétablit vite dans les jours qui suivirent.

Le 23 et le 25, après ingestion d'une cuillerée d'huile de ricin, on obtient des selles abondantes.

Le 27 avril, le tamponnement est retiré et les points de suture furent resserrés, on laisse seulement un drain de petite taille.

La plaie guérit sans complications.

A deux reprises, la température s'éleva, et une purgation amena une abondante évacuation. A partir de ce moment, grâce à l'administration d'huile de ricin tous les deux jours, la température reste normale jusqu'au 29 mai, lorsque la malade quitta la clinique.

Selon le rapport du Docteur Peters, l'état s'est maintenu excellent et la malade a repris son travail avec une ceinture.

L'opération, que l'on aurait pu estimer inutile, s'est révélée nécessaire. Les adhérences au niveau de l'ulcération étaient si frêles, en effet, qu'il y aurait eu sans doute extension de l'inflammation à la cavité abdominale tout entière, comme cela arrive dans les typhlites gangréneuses. Et, pour la suite, la fixation du cæcum et des adhérences péritonéales plus solides, réalisées par le tamponnement, n'étaient certainement pas contre-indiquées.

OBSERVATIONS XVIII et XIX.

(W. ROPKE, *Ueber primaere typhlitis*,
in *Arch. f. Klin. chir.*, 1895.)

I

W... (Alfred), 46 ans, admis à l'hôpital le 28 juillet 1908.

Eprouve depuis trois jours des douleurs, d'abord diffuses, puis

localisées au bas-ventre et à droite avec nausées. Pas de vomissements; arrêt des selles; température normale; pouls, 72.

Dans la région iléo-cæcale, on décèle une résistance douloureuse.

Opération. — Un peu de liquide clair dans le ventre; cæcum œdémateux, « pétrissable »; la paroi antérieure est épaissie; l'infiltration œdémateuse remonte sur le côlon ascendant.

Appendice normal, libre de toute inflammation. Fut enlevé cependant.

Guérison.

II

S... (Marie), 29 ans, admise le 31 décembre 1904.

Tombée malade quatre jours avant, à midi, avec des douleurs dans le côté droit, sans vomissements. Depuis elle souffre constamment.

Ventre assez souple; température, 38°6; pouls, 98; pression abdominale douloureuse. A la proximité de l'épine iliaque on sent une tumeur.

Opération. — Une trame inflammatoire relie le péritoine pariétal et le cæcum.

La partie cæcale, dans sa partie antéro-latérale, est très enflammée et recouverte de fausses membranes. Les adhérences sont sectionnées.

L'inflammation gagne la base de l'appendice, qui semble un peu plus injecté que normalement; toutefois il est libre, plutôt en arrière et se dirige vers la ligne médiane. Appendicectomie.

Au microscope, l'appendice ne présente pas d'altération. Guérison.

Ropke cite encore en faveur de la typhlite inflammatoire primitive deux autres cas. Nous les laissons de côté, car dans l'un l'appendice est œdémateux, et dans l'autre il est oblitéré.

OBSERVATIONS XX et XXI.

(REISINGER, *Ueber akute Entzündung des Cæcums*, in *Münch. med. Wochenschr.*, 1903.)

I

*Abcès pérityphlitique d'origine cæcale. — Fistule stercorale.
Guérison.*

Pérityphlite très aiguë. Fièvre relevée, météorisme, nausées, arrêt des selles, besoin fréquent et douloureux d'uriner, tels étaient les signes principaux.

Opération. — Entre le péritoine pariétal et le cæcum, refoulé en bas et en dedans, existait un abcès dont le fond est formé par la paroi intestinale, grisâtre. Cette portion s'élimine au bout de deux jours et il se forma une grosse fistule intestinale dont la fermeture nécessita plusieurs interventions.

A cette occasion, l'appendice fut enlevé : il était dépourvu d'adhérences et tout à fait normal. La malade n'était pas tuberculeuse, ne souffrit jamais de constipation. L'intégrité de l'appendice prouvait qu'on se trouvait en présence d'une typhlite aiguë primitive.

II

Typhlite stercorale. — Lésions gangréneuses. — Double perforation.

Femme de 37 ans constipée depuis longtemps. En juillet 1901, symptômes d'occlusion malgré des doses élevées d'huile de ricin et plusieurs lavements.

Quatre jours après, éclatent des symptômes de péritonite généralisée : tout le ventre était douloureux à la pression avec rénitence dans la région iléo-cæcale, vomissements tenaces. Depuis dix jours, ni selles, ni gaz. Fièvre, pouls petit.

Opération. — Quantité importante de pus malodorant mélangé à des matières fécales; cæcum gris noir, perforé en deux endroits. Il est bourré de masses fécales durcies, sa paroi est excessivement friable. Muqueuse en grande partie détruite.

L'appendice est normalement situé, semble un peu augmenté de volume. Sa séreuse est rouge, comme il arrive souvent au voisinage d'un foyer de gangrène.

L'examen montra que la muqueuse cæcale était presque complètement détruite, la paroi épaissie, les vaisseaux thrombosés. La face interne de l'appendice est absolument normale.

L'autopsie ne donna aucune explication de cette typhlite gangréneuse, elle ne révéla pas non plus de sténose sur le trajet de l'intestin.

OBSERVATION XXII.

(SONNENBURG.)

Infiltration de la paroi antérieure du cæcum.

Jeune fille de 22 ans. Douleurs dans la région cæcale, sans fièvre ni vomissements. L'opération montre un fort œdème prépéritonéal et le péritoine pariétal soudé avec la paroi cæcale antérieure sur une surface de la dimension d'un louis d'or. La partie malade fut excisée par suspicion de tuberculose ou de néoplasme, mais ni sur elle ni dans la partie avoisinante de la muqueuse on ne put trouver des lésions macroscopiques sérieuses. L'examen histologique révéla une infiltration cellulaire à travers l'épaisseur de la paroi.

Appendice normal.

OBSERVATION XXIII.

(POLYA, *Zur Pathogenese der Primären Typhlitis*, in *Deutsche med. Wochenschr.*, 1905.)

Typhlite récidivante. — Perforation cæcale avec petit abcès.

Suture. — Appendice normal.

Femme de 34 ans ayant présenté, il y a huit semaines, une douleur dans la région cæcale avec des vomissements et de la fièvre.

Présente une nouvelle crise analogue avec induration de la région cæcale et douleur. A l'entrée, on trouve dans la région iléo-cæcale une résistance douloureuse et l'on fait le diagnostic d'inflammation récidivante du cæcum.

Opération. — Laparotomie : On trouve la pointe du cæcum fortement adhérente au péritoine pariétal et à l'épiploon. Après libération des adhérences, on trouve une cavité abcédée de la grosseur d'une noix. Les parois cæcales étaient épaissies à cet endroit sur l'étendue d'une pièce de 2 francs et, au centre, on trouvait une perforation de la grosseur d'un grain de millet, qui laissait passer la sonde dans l'intérieur du cæcum. Pas d'autre altération de celui-ci.

L'appendice partait du voisinage de la perforation et était fixé en position rétrocæcale : on l'extirpe.

Suture de la paroi cæcale, la mobilité insuffisante empêchant la résection.

L'appendice était tout à fait normal. Guérison.

OBSERVATION XXIV.

(Id., *ibid.*)

Typhlite récidivante. — *Perforation cæcale.* — *Résection cæcale.*

Femme de 58 ans. Tombe subitement malade avec douleur aiguë dans la partie droite de l'abdomen. Après huit jours, elle quitte le lit et les douleurs reviennent de façon intermittente pendant trois semaines. Il se produit alors une amélioration.

Nouvelle crise dès qu'elle se lève à nouveau. La malade entre à l'hôpital.

Dans la région iléo-cæcale, on sent une résistance douloureuse. Diagnostic d'appendicite récidivante.

Opération. — L'extrémité du cæcum était adhérente à la dernière anse grêle, et la libération montra dans la paroi cæcale une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle. Cette portion fut réséquée, ainsi que l'appendice, qui partait immédiatement en dessous de la perforation et se dirigeait en arrière et en haut. Sa pointe, épaissie, était fixée en position rétrocæcale.

Au microscope, pourtant, l'appendice était normal. La paroi cæcale apparaît épaissie, infiltrée de cellules rondes et congestionnée. Sur la plus grande partie, la muqueuse manquait.

Guérison.

OBSERVATIONS XXV et XXVI.

(LEJARS, *Typhlite et pérityphlite*, *Semaine médicale*, 1906, p. 217.)

I

Collection purulente consécutive à une perforation de la face externe du cæcum.

Une jeune femme nous était adressée, il y a six mois, avec le diagnostic d'appendicite aiguë suppurée. Elle avait été prise brusquement, cinq ou six jours auparavant, de douleurs iliaques droites, de fièvre et de vomissements, puis la réaction s'était assez vite calmée quoique la fièvre persistât et l'on trouvait dans la fosse iliaque droite un empatement douloureux assez bien délimité.

En somme, rien ne commandait l'intervention immédiate, et l'on se mit en devoir de faire « refroidir ». Mais la température, qui au bout de quarante-huit heures s'était abaissée au voisinage de 37 degrés, ne tarda pas à remonter. La tuméfaction iliaque s'accroissait et la douleur s'étendait sur une plus large zone. Finalement, le développement d'un large foyer suppuré ne fut plus douteux et j'opérai.

L'incision iliaque nous conduisit, en effet, dans une collection purulente située en dehors et en avant du cæcum, et qui fut d'abord vidée. Elle était, en dedans, fermée par des adhérences épiploïques. Je cherchai l'appendice : il était au-dessous du cæcum, libre, mobile, de surface, de volume, d'aspect absolument normaux. Mais, au cours de cette exploration, je découvris sur la face externe du cæcum, à deux doigts au-dessus de l'implantation appendiculaire, un orifice de bords irréguliers, un peu déchiquetés, jaunâtres, par où s'échappaient à la pression quelques gaz et un peu de liquide stercoral : c'était une perforation assez étroite, en partie obturée par les sinuosités et les franges de son pourtour. La paroi cæcale correspondante était, d'ailleurs, tout entière épaissie, infiltrée, très rouge. On ne trouva pas d'autre perforation. Après avoir soigneusement détergé toute la cavité suppurée, je me contentai d'y laisser deux drains et une petite mèche : l'écoulement stercoral fut très restreint et dura peu.

La malade guérit en un mois.

Toutes les lésions étaient donc localisées ici sur le cæcum. L'appendice était sain. Nous avons affaire à une typhlite primitive perforante ayant entraîné une pérityphlite suppurée.

L'évolution avait simulé de tout point celle d'une appendicite banale.

II

Processus identique, suivant toute vraisemblance, chez un jeune garçon de 17 ans opéré tout récemment d'une « appendicite à froid ».

Il y a deux ans, une crise aiguë s'était produite et un gros abcès iliaque avait été ouvert. La plaie avait guéri, mais depuis quelques douleurs reparaissaient de temps en temps, accompagnées de constipation, de nausées, et sans fièvre.

On pensait que l'appendice n'avait pas été enlevé au cours de l'intervention première et qu'il était responsable de ces désordres persistants. La palpation ne révélait, d'ailleurs, dans la fosse iliaque, aucune tuméfaction localisée, on trouvait seulement au-dessous de la cicatrice un peu de résistance profonde. J'intervins et découvris un appendice bas situé, un peu long peut-être mais absolument libre et normal. Au-dessus, la paroi cæcale était réunie, sur une hauteur de 10 centimètres au moins au péritoine pariétal, par toute une nappe d'adhérences qui remplissaient l'ancien foyer. Comme l'appendice, l'ampoule cæcale était libre et saine. L'appendice fut enlevé, mais il ne parut pas douteux que les accidents anciens fussent attribuables à un abcès pérityphlique d'origine cæcale, l'appendice n'ayant eu aucune part dans le processus et les troubles secondaires devant être rapportés aux adhérences consécutives.

OBSERVATION XXVII.

(BLUMER, *The Lancet*, t. II, p. 262, 20 juill. 1907.)

Typhlite aiguë due à une déchirure traumatique du cæcum.

Suture. — Guérison.

Homme de 48 ans, admis le 21 avril 1907, se plaignant de douleurs dans la région inguinale droite, s'irradiant dans tout l'abdomen.

Son histoire était la suivante : Le 8 avril, pendant son travail, il tomba et sentit quelque chose « qui se tournait dans son ventre ».

Il n'avait ressenti aucune douleur aiguë, si ce n'est quelques heures après. Le seul symptôme qu'il accusât était le besoin pressant d'uriner. Après avoir fini son travail, il fut amené à l'hôpital. A l'examen, il n'y avait aucune douleur localisée, et la percussion ne révélait rien d'anormal.

Facies abdominal. Pouls, 76; température, 38 degrés. Douze heures plus tard, douleur à l'hypogastre qui se diffuse dans tout l'abdomen. Sensibilité plus grande dans la région appendiculaire. Pouls, 80.

Ces symptômes changent peu jusqu'au 21. Il n'y avait aucune histoire de crise antérieure.

A son admission à l'infirmerie, le malade fut trouvé dans un état voisin du collapsus. Douleur très vive, rigidité de la paroi dans la fosse iliaque droite. Langue sèche, pas de vomissements.

Pouls, 104; température, 40 degrés.

On pensa à un abcès appendiculaire.

Opération. — Ouverture de l'abdomen. Adhérences inflammatoires récentes au voisinage de l'appendice, une petite déchirure de la tunique séreuse de la paroi antérieure du cæcum fut trouvée à deux pouces de l'origine de l'appendice. Les tuniques intérieures étaient également déchirées. Sutures de ces déchirures. Ablation de l'appendice qui était sain, mais qui fut enlevé par sécurité.

Pendant trois jours, le malade fut dans un état inquiétant, mais il guérit.

OBSERVATION XXVIII.

(LYONS, *The american journal of Obstetric*, janv. 1909.)

*Abcès péricæcal. — Ouverture, drainage. — Appendice normal.
Guérison.*

M... (G.), 16 ans, en novembre 1907, souffrait de l'abdomen, et ses douleurs étaient accompagnées de nausées et de vomissements.

Il restait seul de 11 enfants, se plaignait déjà de douleurs à l'âge de 5 ans. Son attaque actuelle commença, il y a une semaine, avec douleur vive dans la région iliaque droite, simulant l'appendicite avec irradiation vers la ligne médiane, ainsi que vers la région lombaire. Sensibilité tûtanée avec hyperesthésie particulièrement développée. Nausées, vomissements. Température, 40 degrés.

Quand je fus appelé, on m'informa que, pendant la dernière attaque, l'enfant avait eu des élévations de température jusqu'à 41 degrés. A l'examen local, on trouve une masse au-dessus de l'arcade de Fallope, jusqu'à la crête iliaque. Je diagnostiquai un abcès appendiculaire.

Opération. — Incision juste au-dessus de la tumeur. Je trouvai un abcès autour du cæcum, qui enveloppait complètement cet organe. L'appendice cependant était normalement situé, juste au-dessus de l'arcade de Fallope. Son origine se faisait sur une paroi saine du cæcum.

Il courait au-dessus de celui-ci, le long du psoas et son extrémité seule paraissait incluse dans la masse inflammatoire.

La cavité de l'abcès fut nettoyée. L'appendice fut disséqué et enlevé. Drainage.

L'appendice était tout à fait normal, sauf à son extrême pointe où l'on voyait une légère inflammation de la séreuse.

Ceci montrait d'une façon certaine que cet effort de l'appendice venait de l'infection directe de l'abcès.

Guérison le quinzième jour après l'opération.

OBSERVATION XXIX.

(BERG, Académie de médecine de New-York, 5 mars 1909.)

Perforation cæcale d'un diverticule du cæcum.

Appendice normal. — Résection iléo-cæcale.

Il s'agit d'un homme entré en janvier 1909 pour des douleurs iliaques droites. On pensa à une appendicite subaiguë.

L'opération montre un appendice normal et libre, et à côté une masse molle. On vit une perforation de la paroi externe.

Résection iléo-cæcale.

Il s'agissait d'un diverticule du cæcum.

OBSERVATION XXX.

(KUTTNER, *Ueber pseudo-appendicitis, in Beitrage zur Zlinischen Chirurgie*, Bd. 37.)

Pérityphlite avec abcès lombaire d'origine cæcale.

Appendice normal.

Malade de 25 ans. Après une maladie de plusieurs jours, s'alite avec une douleur intense dans le flanc droit, fièvre élevée et vomissements. Il se produisit un abcès dans la région lombaire qui fut incisé.

Après six semaines de repos au lit, se produisit de nouveau la douleur dans la région iléo-cæcale qui nécessita son transport à la clinique chirurgicale.

Là, les symptômes consistant en diarrhée, sensibilité au point de Mac Burney, résistance dans la profondeur, conduisirent au diagnostic de pérityphlite aiguë.

Opération. — On trouve un appendice allongé autour du cæcum et qui est macroscopiquement et microscopiquement normal. Pendant la convalescence, on nota encore de temps en temps de la douleur dans la région cæcale et une légère élévation de température, indice que la paroi cæcale était la cause du mal.

OBSERVATION XXXI.

(Thèse de Kaepelin. Lyon, 1910.)

Diagnostic clinique : *Abcès iliaque droit d'origine appendiculaire.*

Diagnostic opératoire : *Abcès iliaque droit d'origine cæcale; ulcération et perforation de la face externe du cæcum; appendice sain en position pelvienne.*

J... (R.), âgé de 16 ans, garçon boulanger, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis (service de M. Bérard), le 5 janvier 1910, pour une affection douloureuse abdominale, remontant à quelque temps.

Il y a trois semaines environ, il aurait ressenti dans la fosse iliaque droite une douleur vive qui ne l'empêcha nullement de continuer son travail; il n'y eut à ce moment ni vomissement, ni diarrhée; cependant, l'état général n'était pas bon.

La douleur s'accroît depuis huit jours, il y a quelques vomissements bilieux, perte d'appétit, constipation ou diarrhée. Apparition à ce moment d'une tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

A l'entrée, le malade ne se présente pas avec une allure bien inquiétante, la figure est bonne, le pouls plein à 80, la température atteint 38°5 le soir et 38°2 le matin.

A l'examen, l'abdomen est souple, mobile dans tous les points, sauf dans la fosse iliaque droite, où l'on voit se dessiner une saillie globuleuse. Sa palpation permet de reconnaître à ce niveau une masse du volume de deux poings, douloureuse, rénitente, adhérente aux plans profonds. Sonorité en avant : il s'agit incontestablement d'un abcès. Il paraît occuper un siège plutôt externe et élevé; il est à cheval sur le bord supérieur de l'os coxal : rien au toucher rectal.

Le diagnostic d'abcès appendiculaire est porté, l'intervention est décidée pour le lendemain.

Opération (6 janvier 1910, par M. Patel). — Incision classique de Roux correspondant à la saillie de l'abcès, dissociation des différents plans musculaires; évacuation d'un verre de pus chaud, fétide, gazeux, nettement intestinal. La cavité de l'abcès est desséchée; on

recherche l'appendice pour l'extirper; il n'est nullement perçu sur les parois de la poche et contre l'intestin. La face externe du cæcum est reconnue et, un peu en avant de la longitudinale externe, on remarque une petite ulcération de la dimension d'une tête d'épingle; la muqueuse est aperçue faisant hernie à travers l'orifice, elle n'est pas perforée. Pensant toujours à l'appendice, la bande antérieure du cæcum est suivie, la paroi de la poche est incisée, on pénètre dans le péritoine libre et on trouve l'appendice à la terminaison du cæcum; la base est distante de plus de 5 centimètres de l'abcès, et il est tout entier dans le pelvis, absolument sain, sans adhérence aucune. La seule lésion trouvée est l'ulcération externe du cæcum.

Drainage. La guérison se fit sans aucun incident, très rapidement. Le malade n'a pas gardé d'éventration.

OBSERVATION XXXII.

(Cas relaté par M. DOLGOPOLOV, *Semaine médicale*, 1911, p. 276.)

Typhlite. — Pérityphlite. — Abscess du foie. — Appendice sain.

Un homme de 32 ans fut admis à la clinique chirurgicale universitaire de Tomsk avec des troubles de l'état général témoignant d'une infection grave (hyperthermie, prostration générale, etc.). Le début de l'affection remontait à un mois et demi environ et s'était manifesté par des douleurs extrêmement vives de l'abdomen, surtout de la fosse iliaque droite, survenues brusquement et s'accompagnant de frissons, de vomissements et de constipation avec météorisme. A l'examen, on notait une sensibilité très accentuée de la région du foie, qui était augmenté de volume, dépassant de trois travers de doigt le rebord costal. On relevait également l'existence d'une douleur à la pression au niveau du point de Mac Burney, mais cette douleur était relativement peu marquée et l'on ne constatait en cet endroit aucune infiltration. Le pouls battait 120 fois à la minute et la respiration était fréquente.

On porta, non sans quelque hésitation, le diagnostic d'appendicite, compliquée d'abcès du foie. Mais en présence de la gravité

de l'état général du patient et de l'incertitude dans laquelle, somme toute, on se trouvait relativement à la nature de l'affection, on s'abstint d'intervenir chirurgicalement, se bornant simplement à des moyens palliatifs.

Le malade ayant succombé au bout de dix-huit jours, au milieu des phénomènes d'affaiblissement progressif de l'activité cardiaque, l'autopsie montra un appendice parfaitement normal, exempt de toute adhérence avec les organes avoisinants et ne présentant pas la moindre trace d'inflammation; l'examen microscopique n'y décela, d'ailleurs, aucune lésion. Par contre, du côté du cæcum et de la première portion du côlon ascendant, on remarquait des altérations considérables : la séreuse cæcale était entourée comme d'une trame phlegmasique et, du côté interne, on y apercevait des taches sombres d'aspect gangréneux. Dans le tissu cellulaire, situé en arrière et en dedans du cæcum, on trouva une quantité notable de pus; la suppuration était particulièrement abondante au niveau de la racine du mésentère qui était complètement infiltré de pus. Dans le foie, on constata la présence de plusieurs gros abcès.

OBSERVATION XXXIII.

(W. BACKMAN, Jakobstad, *Un cas de typhlïte stercorale aiguë*, in *Finska Lakaresällskapets Haudlingar*, juin 1911, p. 467 à 469.)

Une femme de 57 ans, habituellement constipée, est prise une nuit de douleur localisée à la fosse iliaque droite. Bien qu'il n'y ait guère de fièvre ni de défense musculaire, le pouls étant un peu rapide et le point de Mac Burney douloureux à la pression, on pense à une appendicite et l'on procède à l'appendicectomie vingt heures après le début des accidents. Or, l'appendice qu'on enlève est normal et aucune lésion n'est apparente même après qu'on l'a incisé dans toute sa longueur. Par contre, on trouve à 10 centimètres au-dessus de l'insertion de cet organe une saillie, ayant le volume d'un petit œuf, née aux dépens de la paroi antérieure du cæcum qui est distendue à ce niveau. La palpation permet de reconnaître que ce diverticule cæcal est rempli de scybales, qu'il est assez facile de déloger par de simples manœuvres extérieures, sans effraction de la

paroi du gros intestin. Cette paroi présente à ce niveau d'abondantes vascularisations. Elle donne insertion à de nombreuses adhérences de formation récente, saignant au moindre contact et reliant le cæcum à la paroi abdominale. On se contente d'invaginer le diverticule à l'aide d'un surjet à la soie et l'on referme le ventre. Les suites sont très simples et la guérison est obtenue par première intention. Les douleurs abdominales n'ont pas reparu.

OBSERVATION XXXIV.

(FORBES et MC CRURY, *Medical record.*, 2 mars 1912, New-York.)

Perforation du cæcum par une concrétion fécale probablement formée dans un diverticule.

Mme W..., primipare, âgée de 35 ans. Jusque-là, bonne santé, sauf une constipation habituelle. Vue le 22 avril 1911. Elle fit le récit de sa maladie : douleur dans la partie supérieure de l'abdomen quatre jours auparavant, puis dans l'épigastre depuis la veille. Nausée, mais pas de vomissement. La douleur enfin se localise dans le côté droit. Règles le 20 avril avec cinq jours d'avance.

Examen. — Le côté gauche de l'abdomen était souple, le côté droit modérément contracturé. Il y avait une masse un peu au-dessous du point de Mac Burney. On ne décelait aucune lésion de la vésicule biliaire et du rein. Utérus en rétroversion; aucune autre lésion du pelvis. Température, 101° F.; pouls, 108. On fit le diagnostic d'appendicite avec abcès, probablement rétro-cæcal; localisation haute, due probablement à un cæcum en position élevée.

J'opérai l'après-midi, avec une incision dissociant les plans musculaires. Le cæcum se présenta, mais la masse était encore plus haute. Le cæcum fut extériorisé de l'abdomen avec peu de difficulté, amenant avec lui la masse. Du foyer des adhérences s'échappa environ un demi-pouce de pus peu épais et sale. Au fond de la cavité du petit abcès se trouvait une concrétion s'échappant à travers une perforation, par usure, de l'intestin. La masse entière, dans la plus basse partie du cæcum, était maintenant bien en

dehors de l'abdomen. L'appendice, qui fut le dernier à venir, était normal. La concrétion fut enlevée. Elle était formée de matières fécales durcies de la taille et de la forme d'un gros haricot. Elle sortait à travers un orifice dans le cæcum, entre la bandelette longitudinale antérieure et le mésocæcum, et à un pouce et demi au-dessus de la base de l'appendice.

La paroi du cæcum ainsi que le mésocæcum étaient si épais et friables que chaque point, destiné à suturer la lésion, lâchait, nécessitant un deuxième rang de points passant à travers la bandelette longitudinale antérieure. De ces points, un sur trois environ se rompait. Un troisième rang passant bien en dehors de la bandelette longitudinale antérieure eut plus de succès. Comme la vitalité de l'intestin était très douteuse et que je craignais une fistule fécale, je divisai le revêtement péritonéal opposé à l'appendice de son attachement mésentérique, le dépouillant des tissus musculaires et le fixant en haut sur la ligne de suture, le bordant en bas avec de fins points de catgut. L'appendice fut alors enlevé et la paroi fermée, puis drainage.

La convalescence fut satisfaisante, les drains enlevés après une semaine. Il n'y avait pas de fistule fécale, mais un orifice, laissant échapper une goutte ou deux de pus, subsista jusqu'au 14 août. Cet incident était dû aux points de suture qui cédèrent l'un après l'autre.

La concrétion fécale s'était probablement formée dans un diverticule du cæcum, semblable aux diverticules que l'on rencontre plus communément au niveau du côlon sigmoïde. Aucune trace de ce diverticule supposé ne fut trouvée cependant.

OBSERVATION XXXV.

(MARIO-FASANO, *Tiflite primitiva necrotica perforante*,
Clinica Chirurgica, 1912.)

Perforation de la face interne du cæcum.

M... (A.), 27 ans, tailleur.

Entre à l'hôpital le 11 juin 1910 avec de violentes douleurs

dans la fosse iliaque droite, datant d'une semaine environ. Soigné jusque-là à domicile par purgation et repos absolu.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires, santé parfaite.

Individu musclé, non adipeux. Fut pris très brusquement par ces douleurs.

Examen. — Organes thoraciques sains.

A l'inspection, l'abdomen est légèrement proéminent, uniformément tendu, pas d'amplitude respiratoire.

A la percussion, matité qui occupe presque toute la moitié droite, se continuant en haut avec la matité hépatique, s'étendant en bas jusqu'à la crête iliaque et l'arcade de Fallope et en dedans jusqu'à la ligne médiane. Cette percussion de l'abdomen est très douloureuse, surtout à droite. La palpation produit une contracture de défense.

Douleur intense au point de Mac Burney.

Température, 38° 9; pouls, 104. Urines normales.

Le lendemain de l'entrée, aggravation brusque de cet état déjà inquiétant. Augmentation de la douleur locale qui s'étend à presque tout l'abdomen. La contracture de défense des muscles de la paroi est très accentuée.

Température, 38° 5; pouls, 130.

Avec le diagnostic de péritonite diffuse, on intervient d'urgence.

Opération. — Incision iliaque. On tombe sur un foyer purulent situé en avant et en dedans du cæcum. A sa partie interne et inférieure, ce foyer est en partie isolé de la grande cavité par des adhérences épiplœiques.

En haut, au contraire, on observe quelques anses grêles un peu congestionnées, dilatées, mobiles et reliées seulement par un très léger exsudat fibrineux.

En rompant les adhérences, on reconnaît l'appendice sous le cæcum, libre, mobile, d'aspect tout à fait normal.

Sur la face antéro-interne du cæcum, à 5 centimètres environ au-dessus de la base de l'appendice et presque au niveau de l'aboutement de l'iléon, on remarque une perforation du diamètre de 3 centimètres, à bords irréguliers, par laquelle s'échappe un liquide

fécaloïde et des gaz. La paroi cæcale environnante est infiltrée et friable sur une large surface.

Ayant détergé le foyer, on suture la perforation par quelques points, d'après la technique de Lembert. Drainage.

Position de Fowler. Sérum physiologique sous-cutané, puis Murphy.

Suites opératoires normales, uniquement troublées par la formation d'une petite fistule stercorale qui se referma spontanément au bout de peu de temps.

Le malade sort le 1^{er} juillet complètement guéri.

OBSERVATION XXXVI.

(BROCA, Présentation de pièce, *Bull. et mém. de la Société de chir.*, 1914, p. 562.)

Péritonite aiguë généralisée. — Perforation du cæcum.

P... (R.), 7 ans, sans antécédents intéressants, n'a jamais eu de crises appendiculaires. Entre à l'hôpital dans la soirée du 16 avril 1914, pour péritonite.

L'enfant s'est couché en parfaite santé neuf jours plus tôt. Il fut pris brusquement dans la nuit de vomissements avec selle diarrhéique. La douleur abdominale parut progressivement.

Purgation le lendemain.

Les douleurs s'accroissent, les vomissements persistent. Température non prise.

A l'entrée, facies grippé, pouls à 190. Température, 36° 4. Respiration superficielle.

Ventre ballonné. Flancs et hypogastres mats. Pas de point douloureux net. Réflexe abdominal conservé. Les extrémités sont froides.

L'opération est pratiquée immédiatement avec anesthésie locale. Incision de la fosse iliaque droite. Quelques gouttes de pus s'échappent à l'ouverture du péritoine. Le cæcum est indécollable. Lavage à l'éther et drainage.

Décès deux heures après.

Autopsie. — Péritonite séro-purulente sans fausses membranes,

sauf au niveau de la fosse iliaque droite. Abscès rétro-cæcal. Appendice rétro-cæcal sans contact avec l'abcès.

Les muqueuses iléales et appendiculaires paraissent saines.

La muqueuse cæcale présente, près de l'insertion de l'appendice, deux ulcérations dont l'une a abouti à la perforation.

OBSERVATIONS XXXVII et XXXVIII.

(Observations de CORDES et WÜRZBOURG, *Beiträge zur Klinischen Chirurgie.*)

Plaques d'infiltration cæcale aiguë.

I

Chez un homme de 34 ans qui présentait tous les signes d'une appendicite, l'opération, pratiquée trente-six heures après le début, montra un appendice normal; mais, près de son fond, le cæcum portait une tache grande comme une pièce de 1 franc. On fit la résection de ce placard au niveau duquel on trouva la muqueuse nécrosée et une inflammation interstitielle aiguë de toute la paroi.

II

Chez une jeune fille opérée pour des signes d'appendicite chronique à rechute, on trouve l'appendice sain, et dans le cæcum un placard induré, gros comme un petit œuf de poule, recouvert d'exsudats inflammatoires. Cette fois, on pratiqua une résection iléo-cæcale typique. Le cæcum portait les mêmes lésions que ci-dessus, sans tuberculose décelable.

OBSERVATION XXXIX.

(MURPHY, rapportée par KELLY.)

Typhlïte aiguë gangréneuse avec double perforation.

Un jeune homme avait souffert de coliques depuis plusieurs mois et, au cours de la dernière attaque, avait ressenti de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiées dans la verge. Au début, le traitement médical améliora son état, mais au bout d'une

semaine, les douleurs reparurent avec une légère induration et de la matité. Le seizième jour, il eut une hémorragie intestinale, du hoquet, des vomissements, du ballonnement du ventre, et l'on fit le diagnostic d'inflammation péricæcale. Des symptômes de collapsus survinrent alors, et l'on décida une intervention, en s'attendant à trouver une perforation de l'appendice. Il y avait de la péritonite enkystée et un appendice sain. Sur les faces antérieure et externe du cæcum, deux perforations gangréneuses de 1 et 2 centimètres de diamètre. Vivement aux ciseaux des bords des perforations, sutures à la soie et drainage.

L'amélioration fut immédiate et suivie d'une guérison complète.

OBSERVATION XL.

(Tavernier, Soc. nat. de méd. et des Sc. médicales de Lyon,
13 juin 1923.)

*Présentation d'une pièce curieuse de typhlite aiguë, recueillie
sur un malade qui paraissait atteint d'appendicite banale.*

G..., 28 ans. Amaigrissement et perte de forces depuis quelque temps. Une nuit, douleur brusque dans la fosse iliaque droite, nausées sans vomissements. Douleur pendant deux jours. Le matin du deuxième jour, température 39 degrés. Purgation suivie d'un effet abondant.

Quatrième jour : Le médecin diagnostique une appendicite. Ventre non ballonné, palpation très douloureuse dans la fosse iliaque droite, réveille une contracture de la paroi, qui gêne la palpation profonde. Pas de plastron cependant.

Etat général bon. Plus de fièvre, pouls à 80; langue saburrale; rien au toucher rectal.

Je fis le diagnostic d'appendicite rétrocæcale, d'après l'absence de plastron, le peu d'intensité de la réaction péritonéale et la douleur lombaire à la pression.

L'incision de Roux montra de suite un appendice sain et un gros cæcum qui paraît d'abord renfermer une invagination du grêle, mais l'angle iléo-cæcal est normal. Rien dans le côlon. Ce

sont les parois du cæcum qui sont extrêmement épaisses, mollasses, comme œdémateuses, sans que la surface péritonéale offre d'altération notable.

Cet état se prolonge jusqu'à l'angle droit, puis cesse brusquement. Le côlon transverse est normal.

Cet aspect m'intrigua beaucoup : il ne ressemblait ni à une tuberculose, ni à une tumeur, ni à rien que je connus.

Extériorisation facile du côlon. Résection. Implantation terminolatérale du grêle dans le côlon transverse.

Le malade a guéri sans complication.

L'examen de la pièce montre des lésions qui occupent tout le côlon droit et se terminent brusquement, d'un côté à la valvule iléo-cæcale, de l'autre en un point qui correspond à peu près à l'angle droit.

Muqueuse épaissie, couverte de suffusions sanguines orientées perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Il n'y a nulle part d'ulcération de la muqueuse. Un œdème considérable donne à la sous-muqueuse une épaisseur de plus d'un doigt. La musculature est à peine légèrement infiltrée et la séreuse est saine.

Très grand nombre de trichocéphales, dont on voit quelques-uns encore implantés dans la muqueuse.

Donc inflammation diffuse de toute la muqueuse du côlon droit, qui semble ressusciter l'ancienne typhlite. Les piqûres des trichocéphales y sont-elles pour quelque chose ? Quelle eût été son évolution ? Autant de questions que je laisse sans réponse, n'ayant jamais vu de cas analogue.

OBSERVATIONS XLI à XLV.

(Cinq observations citées par Otto MIKKELSEN dans son étude sur *La typhlite primitive aiguë*. — Cas opérés à l'Hôpital communal de Copenhague, Hospital Stidende, 1924.)

I

Inflammation aiguë de la paroi postéro-externe du cæcum.

Femme de 20 ans, normalement réglée. Rien d'important à retenir dans les antécédents en dehors d'un incident remontant à huit

ans et caractérisé par des douleurs intenses, à début brusque, au niveau de la fosse iliaque droite. La malade prit de l'huile de ricin et les phénomènes douloureux disparurent au bout de deux jours.

Depuis quarante-huit heures, fortes douleurs semblables, sans irradiation, qui obligent la malade à garder le lit. Pas de vomissement, pas de selle. Des gaz seulement sont évacués pendant trois jours.

Température, 39°2; pouls à 96; langue chargée, humide, facies normal. Rien à signaler à l'appareil respiratoire. La paroi abdominale est souple, excepté au niveau de la fosse iliaque droite. On sent un remplissage (grand comme une paume de main d'enfant) partant du point de Mac Burney et s'allongeant vers le flanc. L'exploration de la région lombaire ne révèle rien.

L'opération est pratiquée aussitôt après le transport à l'hôpital : Pas de liquide dans le péritoine. Par contre, on découvre latéralement un gros abcès. La paroi postérieure et externe du cæcum est transformée en tissus lardacés assez fermes. On découvre l'appendice dans ce foyer. Macroscopiquement, il paraît sain, seule sa pointe présente un aspect qui rappelle les lésions cæcales.

Appendicectomie. — On déterge la région au sérum physiologique. Mise en place de 2 drains et une mèche.

A l'examen microscopique, l'appendice présente extérieurement du tissu fibrineux, les follicules sont bien conservés, la pointe est presque oblitérée. La paroi montre les modifications suivantes : dans la couche sous-séreuse et dans la portion externe de la couche musculaire, se trouvaient des entassements de leucocytes diminuant en intensité à mesure que l'on s'avancait vers l'intérieur. Dans la sous-muqueuse et la muqueuse, on ne trouve plus aucun leucocyte. En somme, l'appendice montrait des réactions de voisinage.

Guérison sans incident.

II

Inflammation de la paroi antéro-externe du cæcum. — Péritonite.

Janvier-février 1918 : Femme de 29 ans. Antécédents : rien à signaler. Règles normales. Hier matin, la patiente se trouve fati-

guée; dans l'après-midi elle éprouve subitement des douleurs dans l'abdomen, qui, peu à peu, se localisèrent, au point de Mac Burney. Bonne nuit. Ce matin, un peu de douleurs sans vomissements, sans nausées. Les dernières selles remontent à hier matin. Flatulence, température 38°2; pouls 104. Pas de météorisme abdominal.

Bon facies, rien à l'appareil respiratoire. A l'examen, défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite avec douleur au point de Mac Burney. Dans la profondeur, on sent un gros remplissage. Peu de temps après le transport à l'hôpital, on pratique l'opération. Un peu de liquide dans la cavité péritonéale. Le péritoine pariétal est injecté, épaissi, le cæcum est mobile et placé bas. Cæcum et côlon ascendant présentent sur leurs parties antérieure et externe un état inflammatoire qui remonte sur 13 ou 10 centimètres du côlon ascendant, diminuant à mesure d'intensité. La paroi intestinale en question est épaissie, de couleur rouge vif. L'appendice est situé dans ce foyer, mais ne semble pas en être le point de départ. Appendicectomie; drainage par mèche. A l'ouverture, l'appendice ne présente rien d'anormal. Bonnes suites opératoires jusqu'au 12 février où se déclare une phlébite légère de la cuisse gauche.

III.

Forte infiltration cæcale. — Réaction péritonéale.

5 juillet 1923. — Femme de 67 ans. Appendicite aiguë il y a trente ans. Tombe subitement malade il y a une dizaine de jours avec des douleurs au niveau de la fosse iliaque, vomissements. Restée au lit depuis. Hier, les douleurs ont repris avec plus d'intensité, aujourd'hui quelques vomissements et évacuation après absorption d'huile.

A l'arrivée à l'hôpital, la malade semble assez atteinte, langue sèche, pouls précipité, l'abdomen n'est pas météorisé, mais très sensible, et présente de la défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite et notamment au point de Mac Burney. On sent dans cette région un empâtement difficile à limiter. Laparotomie de suite. Péritoine épaissi, œdémateux, friable. Cæcum également tuméfié, très friable, chargé de fibrines et recouvert

d'une grosse masse épiploïque enflammée. L'appendice est caché près de la paroi cæcale. Il est impossible d'extérioriser le cæcum. Appendicectomie. Drainage au moyen de mèches.

L'appendice est normal, macroscopiquement la paroi est peut-être un peu augmentée de volume. Cependant, le microscope ne révèle aucun changement. Pas de signe de tuberculose. Pendant huit jours, les suites opératoires furent normales, puis la malade se plaignit à nouveau, perdit connaissance et mourut le neuvième jour. Autopsie interdite.

IV

Infiltration aiguë de la paroi postérieure du cæcum. Pérityphlite.

15 novembre-15 décembre 1922 : Femme de 28 ans, bonne santé, tombée malade il y a douze jours, éprouvant des douleurs diffusées au début dans tout l'abdomen et qui se localisèrent ensuite dans la fosse iliaque droite. Vomissements répétés et diarrhée membraneuse.

La malade s'est levée au bout de deux jours pour reprendre son travail; mais le côté droit de l'abdomen est resté sensible, surtout pendant les mouvements. Constipation. La température du soir augmentant toujours, elle fut transportée à l'hôpital. A l'entrée, température, 38°3; pouls, 100. L'abdomen est souple excepté au point de Mac Burney, où l'on sent un empâtement net de la dimension d'un poing. Défense musculaire et matité dans cette région. On procède presque aussitôt à la laparotomie. Le carrefour iléo-cæcal est haut placé et en arrière on sent un empâtement ferme du volume d'une orange, on a de la difficulté à attirer cette masse jusqu'à l'incision abdominale. L'appendice se trouve dans ce foyer, il en est détaché et se présente assez long, de coloration tout à fait normale.

La paroi postérieure du cæcum est friable, infiltrée, rouge, tuméfiée, lardacée, saignant facilement au contact. Du pus entoure le cæcum. Drainage. Au microscope, l'appendice montre de l'atrophie de la membrane muqueuse, infiltration graisseuse de la couche sous-muqueuse et dans les couches tout à fait externes seulement on trouve de petites infiltrations de cellules rondes.

Guérison.

V

Typhlite avec perforation de la face externe du cæcum.

Iléo-transversostomie.

Premier service (9 novembre-1^{er} décembre 1922).

Homme de 34 ans. Blennorragie et épидидymite il y a dix ans. Le malade présenta il y a un mois les mêmes symptômes que maintenant, avec vomissements et constipation. Il garda le lit pendant quatre jours sans impression de fièvre (température non prise).

Il y a huit jours, de nouveau, le malade fut abattu avec céphalée et douleurs constantes dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Ces douleurs devenaient beaucoup plus fortes dans la position debout. Toutefois, le malade continue son travail avec de grandes difficultés. Hier soir, le cas s'est aggravé, sans vomissements toutefois. Ce matin, selles et urines normales. A l'examen on remarque de la sensibilité, matité et défense musculaire dans le flanc droit, un peu au-dessus et en dehors du point de Mac Burney, avec empatement net.

Intervention. — Le péritoine pariétal postérieur avait 1 centimètre d'épaisseur. On sent une infiltration de la paroi postérieure du cæcum qui remonte sur le côlon ascendant. Pas de pus, on ne voyait pas l'appendice. On fit une résection, pensant qu'il s'agissait peut-être d'une tumeur maligne. Il y avait en effet une importante adénopathie dans l'angle iléo-cæcal.

Section du côlon transverse au thermocautère. Iléo-transversostomie. On découvre l'appendice légèrement tuméfié sur toute sa longueur mais sans aucun signe net d'inflammation aiguë. La partie réséquée était composée du cæcum, de l'appendice, du côlon ascendant et d'un petit morceau d'iléon. Le cæcum était infiltré, lardacé, et présentait sur sa face externe, vers le fond, une perforation qui admettait l'extrémité de l'auriculaire. Au microscope, la paroi cæcale est recouverte de fibrine avec infiltration de cellules rondes, soit de façon diffuse, soit en foyer. Nombreux leucocytes. La muqueuse est normale. Aucun signe de tumeur maligne ou de tuberculose. Diagnostic d'inflammation simple.

Suites opératoires excellentes, le malade revient le 20 juillet tout à fait guéri.

OBSERVATIONS XLVI et XLVII.

W. BRAMS et MEYER, *Deux cas de typhlïte aiguë primitive*, in *Journal of the Am. Med. Association*, 7 février 1925.)

I

Perforation de la paroi antérieure du cæcum et plaques gangréneuses. — Péritonite.

S... (H.), homme âgé de 49 ans, fut admis au service chirurgical de l'Hôpital du Comté de Cook le 17 juillet 1924, se plaignant d'une forte douleur dans la fosse iliaque droite, subitement survenue pendant qu'il travaillait. La douleur était localisée au point de Mac Burney et sans irradiation. Il vomit plusieurs fois dans la journée, et une constipation modérée suivit le début de la maladie.

Aucune amélioration dans les symptômes durant quarante-huit heures, et à ce moment le malade entre à l'hôpital.

Rien d'important dans son passé. L'examen révèle une sensibilité et une contracture marquées du côté droit de l'abdomen et spécialement dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal montra quelque sensibilité à droite, mais aucune tuméfaction à la palpation. Rien à signaler dans le reste du corps. L'examen des urines était négatif. Les globules blancs au nombre de 16.000. La température, 100° 2 F.; le pouls, 72, et 22 respirations à la minute.

Diagnostic d'appendicite aiguë, et le malade est préparé pour l'opération.

Sous une anesthésie à l'éther, on fit une incision de Batlle. Environ une pinte (0 l. 57) de liquide fétide s'échappa dès que le péritoine fut ouvert. Le pus venait apparemment de la région du cæcum et du pelvis. Assèchement avec des compresses de gaze et appendice récliné vers le haut. Il était libre et sans lésions; mais l'examen du cæcum révéla une perforation d'environ demi-pouce de diamètre et située sur la paroi antérieure. Dans le voisinage de la perforation, la région du cæcum était gangrénée et semée de

plusieurs petites plaques noirâtres à différentes distances de la perforation. Celle-ci fut fermée par trois plans de fil de lin et l'appendice fut enlevé.

Fermeture complète du péritoine. Drain dans les tissus superficiels au-dessus du péritoine.

Le malade fut alors placé dans la position de Fowler avec des applications chaudes sur l'abdomen et injections rectales d'une solution d'eau salée physiologique chaude (175 cc.).

Guérison sans complication. Sortie seize jours après l'opération.

II

Ulcérations perforées par corps étranger.

J... (P.), homme âgé de 33 ans, fut admis au service chirurgical de l'Hôpital du Comté de Cook le 13 juin 1924. Il avait été éveillé vingt-six heures auparavant par une douleur vive dans la moitié droite du scrotum. Quatre heures après son apparition, la douleur se porta à la région de l'ombilic, elle devint diffuse deux heures plus tard. Elle présentait un maximum d'intensité dans la partie inférieure droite de l'abdomen et était soulagée par le mouvement de flexion de la cuisse droite. Le malade ne vomissait pas spontanément, mais seulement sous l'influence de la douleur. Celle-ci n'irradiait pas. Le fonctionnement des entrailles était régulier et le malade n'avait jamais eu avant de « troubles digestifs ».

Malade profondément atteint. Température, 103 degrés F.; pouls, 108; 22 respirations à la minute. Cuisses fléchies. Toutes les parties de l'abdomen sont sensibles et contracturées, spécialement la fosse iliaque droite inférieure. Zone de matité du foie normale. Sensibilité au toucher rectal, des deux côtés, spécialement à gauche. Ni sensibilité, ni tuméfaction de la région génitale. Examen d'urines négatif. Globules blancs, 15.000.

Diagnostic d'appendicite aiguë. Opération immédiate. On pouvait palper une masse dans la fosse iliaque droite lorsque le péritoine fut ouvert. Une grande quantité de liquide fétide s'échappa du pelvis. L'appendice était libre et fut aisément récliné. A l'examen, on vit qu'il était légèrement tuméfié et rouge,

mais ne pouvait être rendu responsable du pus et de la péritonite. L'examen du cæcum révéla trois ulcérations perforées sur la paroi antérieure à 1 pouce 1/2 de la valve iléo-cæcale. Un grand ongle, couvert par des matières fécales durcies, formant corps étranger et mesurant 1 pouce 1/2 sur 3, faisait saillie à travers une des ulcérations.

Incision rejoignant les trois ulcères. Le corps étranger fut enlevé à travers cette ouverture agrandie. Invagination de la lésion et fermeture par trois rangs de sutures de fil de lin. Assèchement avec des gazes. L'appendice fut enlevé et le péritoine fermé étroitement.

Traitement des tissus superficiels comme dans le cas I et mêmes soins postopératoires.

Guérison sans complications et sortie du malade rétabli cinq semaines et demie après l'opération.

OBSERVATION XLVIII.

(Tavernier, Société de chirurgie de Lyon, 23 févr. 1928.)

Résumé d'une observation remontant à 1926.

Une jeune femme de 28 ans, de très bonne santé habituelle, sans aucun antécédent pathologique, est prise une après-midi de douleurs abdominales brusques, immédiatement accompagnées de vomissements. Elle rentre à l'Hôtel-Dieu quelques heures après; le chirurgien de garde ne trouve pas d'indication opératoire.

Le lendemain, l'état est le même, la malade a une selle sanglante. Le surlendemain, l'état s'est beaucoup aggravé, le facies est angoissé, douloureux. Les douleurs, localisées à droite, sont très vives, le pouls est à 120, les évacuations de sang par le rectum continuent.

Ventre souple, non ballonné; pas de tumeur, pas de plastron. La pression dans la fosse iliaque était très douloureuse. Je pensai à un infarctus du grêle et j'intervins immédiatement. Une laparotomie latérale droite ne montre pas de péritonite, l'appendice est sain, mais sur la face antérieure du cæcum, à quelques centimètres de la base de l'appendice, apparaît une plaque de sphacèle de teinte

feuille morte, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, bien limitée, occupant le sommet d'une dilatation ampullaire entre les bandes longitudinales du cæcum. Le reste du cæcum et le grêle voisin paraissent tout à fait normaux. Mais lorsque je veux réséquer la zone malade, je trouve sur la muqueuse des lésions de sphacèle superficiel qui s'étendent si loin à distance que je me décide à faire une résection du côlon ascendant. Je fais porter la section sur le transverse un peu au delà de l'angle droit, mais je retrouve là encore les mêmes lésions muqueuses superficielles. Je reporte ma section sur la partie gauche du transverse, où je trouve de nouveau les mêmes lésions. Pensant qu'elles s'étendent à tout le côlon et l'état général de l'opérée ne permettant pas une colectomie totale, je borne là ma section et termine par une implantation du grêle dans la partie restante gauche du transverse, au bouton de Villard. Suture de la paroi sans drainage.

Suites d'abord favorables; mais, le quatrième jour, douleurs et vomissements réapparaissent. La malade souffre à gauche, comme elle avait souffert à droite avant l'opération.

Une laparotomie médiane ne montre pas de péritonite, mais en libérant l'anastomose iléo-colique pour la vérifier, une perforation se fait sur le côlon, tout près de l'anastomose; je me borne à l'enfouir et à fixer l'épiploon au-devant d'elle. Suture sans drainage.

Les accidents péritonéaux continuèrent et la malade mourut quarante-huit heures après la seconde intervention.

L'autopsie montra une péritonite avec liquide séro-purulent brunâtre. Pas de perforation intestinale apparente, l'anastomose était en bon état; mais le côlon, sur 10 centimètres à partir de sa tranche de section, était complètement dépourvu de muqueuse et n'offrait plus à sa partie profonde qu'une surface ulcérée et suppurante. A 10 centimètres, les lésions s'arrêtaient brusquement le long d'une ligne circulaire, régulière, au delà de laquelle le côlon descendant était entièrement normal.

Extérieurement, l'aspect est normal, sauf au niveau de la plaque de sphacèle. La surface muqueuse montre un curieux aspect de traînées brunâtres circonscrivant des îlots arrondis rosés. Ces îlots correspondent à des points où la muqueuse est conservée, tandis

que dans les zones brunes elle est sphacélée. Les lésions n'occupent que la muqueuse, les tuniques musculaire et péritonéale de l'intestin sont normales, sans épaissement, ni aspect inflammatoire. A noter la présence de très nombreux trichocéphales implantés dans la muqueuse.

L'examen histologique confirmait entièrement les données de cet examen. Dans les parties nécrosées, l'épithélium intestinal s'interrompt brusquement, la muscularis mucosae n'est pas modifiée, mais au-dessous d'elle se trouvent des capillaires sanguins et lymphatiques dilatés, avec autour d'eux, une légère infiltration de polynucléaires surtout. Les couches musculaires sont indemnes. Ce sont en somme des ulcérations de surface avec un minimum de réaction inflammatoire.

L'origine de cette colite aiguë nécosante reste énigmatique. Les trichocéphales sont difficiles à mettre en cause dans une lésion si étendue et limitée avec tant de précision.

Cette topographie donne plutôt l'impression d'une origine vasculaire, que confirme la forme ovalaire à grand axe transversal des îlots et la muqueuse par endroit conservée; comme si certains vaisseaux terminaux étaient oblitérés tandis qu'ailleurs la circulation était conservée. Au moment de la mort, le sphacèle de la muqueuse était total.

OBSERVATIONS XLIX, L, LI.

(RICARD, Société de chirurgie de Lyon, séance du 16 févr. 1928.)

Typhlite primitive et péritonite.

I

Septembre 1925 : Homme de 44 ans, syndrome appendiculaire au complet avec signes de péritonite diffusante.

Incision de Max Schiller. Cæcum gras, de couleur rouge, de consistance cartonnée. Sur la partie antérieure et sur la paroi externe de l'intestin, 3 plaques rouge foncé, dont l'une en imminence de sphacèle.

L'appendice extériorisé était légèrement hyperémié, mais sans aucune lésion perceptible à la vue et au palper. L'induration du cæcum remontait haut sur le côlon ascendant, presque jusqu'à l'angle droit. En raison de ces lésions et parce que le cæcum était assez facilement extériorisable, je me laissai aller à pratiquer une résection avec anastomose termino-latérale. Il y avait dans la cavité péritonéale un peu de liquide louche, les anses grêles étaient rouges, la partie terminale de l'iléon ne présentait aucune lésion.

Suites opératoires mouvementées, et mort du malade au quatrième jour.

II

Avril 1926 : Homme de 24 ans. Début six jours avant l'entrée à l'hôpital. Douleurs diffuses à droite. Purgations. La douleur persiste et les vomissements apparaissent.

A l'entrée, température, 38 degrés; pouls, 110. Facies pâle. Défense de la paroi.

A l'ouverture, liquide louche, épiploon tendu et adhérent à une masse d'anses grêles agglutinées. Le long de la gouttière pariétale, il n'y a ni cæcum, ni côlon ascendant, dans un agglomérat d'anses distendues et rouges, on finit par découvrir le cæcum presque sous le foie. Il s'agit d'un cæcum ectopique, infantile, presque sans côlon ascendant, et qui forme une poche rouge, distendue, avec un placard cartonné à sa face antérieure près du fond. L'appendice paraît sain.

Appendicéctomie avec drainage large. Le cæcum est isolé de la cavité péritonéale par des compresses; gros drain.

Suites mouvementées avec occlusion intestinale; au bout de trois semaines, amendement progressif de tous les accidents.

III

Homme de 35 ans, avec syndrome appendiculaire remontant à quatre jours. Température, 37°6; pouls, 80. Etat général assez bon. Petite rate. Le malade est un paludéen. La palpation est très douloureuse en un point précis, un peu plus en dehors que le point de Mac Burney.

A l'ouverture, appendice absolument sain, mais cæcum malade. Sur le fond et sur la paroi externe, il y a un épaississement considérable. Au centre, une plaque rouge, large comme un sou et paraissant extrêmement amincie au centre. Paroi cæcale très œdémateuse, l'œdème s'étend sous le péritoine pariétal postérieur. Les anses grêles sont rouges, un peu dilatées. Pas de pus.

Appendicectomie, puis isolement du cæcum par deux mèches : une latéro et sous-cæcale, l'autre interne. Un gros drain dans le Douglas.

Mort au cinquième jour avec les signes d'une péritonite progressive.

L'auteur ajoute entre autres réflexions : « Ces trois malades ont donc présenté, avec une réaction péritonéale marquée, des lésions inflammatoires aiguës du cæcum, sans aucune lésion appendiculaire. Tous étaient bien portants et n'avaient fait aucune maladie antérieurement à leur crise aiguë. Je ne peux, pour les deux derniers malades où je me suis contenté de drainer, apporter des renseignements histologiques. Je n'en ai pas non plus pour le premier et je regrette de ne pouvoir, pour examen, affirmer mieux la nature inflammatoire des lésions. Tout ce que je puis dire, c'est qu'au cours des trois interventions l'idée d'une tuberculose possible ne m'a même pas effleuré l'esprit, tant les lésions y ressemblaient peu...

» Il ne me paraît pas possible de nier l'inflammation primitive du cæcum puisqu'aucune crise antérieure, même légère, n'avait été avouée et que l'appendice était parfaitement sain.

» La typhlite primitive peut donc exister. Elle est évidemment rare et je crois qu'il est trop absolu de la détrôner complètement en faveur de l'appendicite. Une fois sur 100 ou 200, on peut la rencontrer, mais on la rencontre, et cela suffit pour affirmer son existence.

» Pourquoi, du reste, si l'on admet la typhlo-colite chronique refuser la possibilité d'une même affection aiguë, surtout chez les ptosés du cæcum, plus ou moins constipés chroniques et aptes par conséquent à localiser une infection sur une paroi intestinale malmenée par la stase? »

OBSERVATION LII.

(BOPPE, Société de chirurgie de Paris, 6 juin 1928.)

*Typhlo-colite aiguë avec péritonite séro-purulente localisée
sans lésions appendiculaires.*

Femme de 25 ans, auprès de laquelle je suis appelé le 13 octobre 1925 pour une crise douloureuse abdominale aiguë avec vomissements et fièvre. L'affection a débuté il y a une semaine par des douleurs de la fosse iliaque droite avec nausées. La malade, constipée habituelle, souffrant fréquemment du ventre, se purge. Dans la soirée du 11 octobre, les douleurs deviennent beaucoup plus violentes, deux vomissements dans la nuit.

Le 12 octobre, la malade reste alitée, souffrant beaucoup, les vomissements persistent. Pas de selles depuis le 10.

A l'examen, le 13 octobre, grande femme maigre d'aspect fatigué, traits tirés, yeux cernés, teint jaunâtre, terreux.

L'abdomen, un peu météorisé, présente une contracture douloureuse intense de toute la fosse iliaque droite. Le reste de l'abdomen est un peu douloureux, mais relativement souple. Rien d'anormal au toucher rectal et vaginal. Température, 39 degrés; pouls, 120; langue très sale recouverte d'un épais enduit grisâtre.

Dans les antécédents, on relève une constipation opiniâtre, douleurs abdominales, nausées fréquentes, inappétence avec mauvaise bouche. La malade dit avoir maigri.

Le diagnostic d'appendicite aiguë semble s'imposer.

Intervention. — Incision iliaque droite. A l'ouverture de l'abdomen, sérosité un peu louche. L'appendice, qui se présente d'emblée, est long, mobile, d'aspect normal. Exploration négative des annexes droites et de la fin de l'iléon. Ablation de l'appendice qui fut immédiatement ouvert : pas d'altération visible, muqueuse saine.

J'examine de plus près le cœur et le côlon ascendant. Je découvre dans la gouttière pariéto-colique une grosse trainée de pus crémeux adhérent. Le fond du cæcum est d'aspect et de consistance normaux. Mais le reste du cæcum et le côlon ascendant sont rouges; leurs parois sont épaisses, cartonnées. Le péritoine viscéral

est poisseux, présentant par place des fausses membranes mincées; il est parsemé de nombreux îlots hémorragiques. A la face externe du cæcum existe une plaque du diamètre d'une pièce de deux francs, plaque d'aspect ecchymotique. La paroi, à ce niveau, semble amincie, friable. Je glisse un drain dans la gouttière pariéto-colique et, après avoir réséqué la zone ecchymotique, j'établis une cæcostomie à son niveau. Dès la mise en place du tube de Paul, s'écoulèrent des matières liquides dans lesquelles nageaient des trichocéphales extraordinairement abondants.

Dans les jours suivants, la température revint rapidement à la normale. Les trichocéphales restaient abondants dans les matières; un traitement thymolé les fit disparaître rapidement.

Au bout de trois semaines, malgré la persistance de la fistule cæcale, la malade avait engraisé; son teint jaunâtre, terreux, qui m'avait beaucoup frappé au premier examen, avait fait place à un teint frais, rose. La langue était propre, l'appétit excellent. Les nausées, les douleurs avaient disparu. Au début de novembre, je fermai la fistule cæcale.

Depuis 1925, la guérison complète s'est maintenue; cette jeune femme ne souffre plus, son teint est resté rose; elle est pourvue maintenant d'un agréable embonpoint.

L'examen histologique de l'appendice a montré l'intégrité des différentes tuniques. Au niveau du fragment cæcal excisé, sous la muqueuse ulcérée par place, existait une infiltration lymphocytaire intense avec petits abcès microscopiques disséminés dans le chorion et la sous-muqueuse.

La recherche des microbes n'a pas été faite.

OBSERVATION LIII.

(Raymond BERNARD, Société nationale de chirurgie de Paris,
6 mars 1929.)

*Un cas de typhlite gangréneuse primitive compliquée
de thrombo-phlébite de la veine mésentérique supérieure.*

V..., 9 ans, est pris subitement d'une douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque droite, avec vomissement et tempéra-

ture. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë, mais on décide d'en attendre le refroidissement.

Le sixième jour, la température, qui était descendue, monte à nouveau. Nous voyons l'enfant au neuvième jour. La simple inspection permet de voir dans la fosse iliaque droite une voussure très saillante de 10 centimètres sur 4, sensible à la palpation. Le reste de l'abdomen, complètement indolent, respire bien. La température est à 39 degrés, l'état général très bon.

Le diagnostic d'abcès s'impose.

A l'incision on tombe en effet sur un abcès, mais un abcès dont le contenu noirâtre et sphacélique est nettement gangréneux.

En cherchant l'appendice, nous avons l'impression que le cæcum, très épaissi, se déchirerait plutôt que de se laisser amener. Les parois de l'abcès sont formées par des anses très intimement adhérentes et également très épaissies. Aussi, bien que nous nous trouvions en présence d'un abcès gangréneux, nous tenons compte de l'intégrité absolue du reste de l'abdomen, de l'excellent état général et de la lenteur de formation de l'abcès (neuf jours), et la recherche coûte que coûte de l'appendice nous semblant dangereuse, nous décidons de ne pas nous y attarder plus longtemps.

Le lendemain, la température tombe; la cavité de l'abcès est nette. Le deuxième jour, l'enfant a une selle spontanée.

Le troisième jour, sans que la température monte, le pouls s'accélère et l'enfant est agité. Cette agitation va devenir le symptôme dominant, rapidement inquiétant.

L'abdomen reste entièrement souple et indolent, mais on note sous le foie un point douloureux très localisé.

Douze heures après, l'enfant était mort, ayant présenté seulement un délire particulièrement violent et une teinte subictérique des conjonctives qui nous firent penser que la mort était due à une pyléphlébite.

Nous obtenons des parents, qui s'y étaient d'abord refusés, l'autorisation de faire l'autopsie. Nous trouvons un appendice entièrement sain, mais un cæcum gangréneux en totalité et présentant en arrière, sur sa face adhérente, une perforation couverte, de la dimension d'une pièce de 2 francs.

La veine iléo-cæco-colique est thrombosée jusqu'au tronc de la mésentérique supérieure. Pas de réaction péritonéale. Foie normal.

Nous n'avons pas pensé à regarder le contenu intestinal et ne savons pas si cette typhlite primitive peut reconnaître une origine vermineuse.

CONCLUSIONS

De l'examen de ces observations, de l'avis de chirurgiens éminents, il résulte que la typhlite aiguë primitive ne doit pas être rayée du cadre nosographique.

Elle compte au nombre des maladies rares.

De nombreuses typhlites, citées comme primitives, sont en réalité secondaires à une appendicite méconnue. En pareil cas et dans la limite des possibilités, une investigation minutieuse devrait être la règle (examen des artères et veines de la région cæcale et appendiculaire, coupes en série dans l'appendice et son méso).

Par contre, il est permis de penser que plusieurs observations d'ulcères du cæcum révélés par la perforation ont trait en réalité à des typhlites.

L'examen clinique ne permet pas de préciser s'il s'agit de lésion cæcales ou appendiculaires. La typhlite est une « surprise d'intervention ».

Le diagnostic différentiel ne présente du reste pas grand intérêt, car la conduite à tenir est la même. La notion de la typhlite résolutive, toujours justiciable du traitement médical, est périmée. En présence de phénomènes inflammatoires aigus de la fosse iliaque droite, l'indication opératoire est formelle.

L'intérêt commence à l'instant des constatations intra-abdominales. Il ne faut pas qu'en présence de lésions plus ou moins étendues du péritoine et guidé par la notion clinique d'un syndrome appendiculaire, le chirurgien se contente

d'enlever l'appendice si son aspect explique mal les caractères et l'évolution des symptômes. Il doit inspecter soigneusement le cæcum, sa paroi externe et postérieure notamment, et s'assurer si, au milieu de quelques adhérences, ne se dissimule pas une lésion inflammatoire avancée, ou une perforation. Y remédier promptement sans trop dissocier la barrière de défense des adhérences.

VU : *Le Doyen,*

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AGATA (D'). — Sull' importanza della distribuzione del tessuto elastico nel colon. *Arch. ed. Atti Soc. Ital. di chir.*, vol. XXIV, p. 654.
- BALZER. — Histoire des inflammations du cæcum chez l'enfant. *Gaz. méd.*, Paris, 1879, n. 192.
- BAILLY. — *Bull. Soc. anat.*, t. XXIX, 1854.
- BARLOW. — *The Lancet*, janv. 1853.
- BAZY. — *Soc. de chir.*, 1896.
- BÉRARD et VIGNARD. — Typhlite ou appendicite. Extrait du Traité d'appendicite.
- BÉRARD. — Deux cas de typhlite postgrippale simulant l'appendicite. *Soc. de chir.*, 28 avril 1920, p. 640.
- BERG. — *Académie de Médecine de New-York*, 5 mars 1909.
- BERNARD et MILONE. — Typhlites aiguës et chroniques et leur rapport avec l'appendicite. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, nov. 1930, p. 1032.
- R. BERNARD. — *Soc. de chir.*, n° 9, 10 mars 1929, p. 393.
- BESNIER. — De la typhlite chez les enfants. *Rev. mensuelle des maladies de l'enfance*.
- BLATIN. — Recherches sur la typhlite et la pérityphlité, Paris, 1868, t. IV.
- BLOS. — Ueber die Entzündungen der Wurmfortsätzen. *Beitr. zur Klin. chir.*, vol. XXXII, 1902.
- BLÜMER. — A case of partial perforation of the bowel simulating appendicitis. *The Lancet*, 20 juill. 1907.
- BODART. — Thèse de Paris, 1851.
- BOPPE. — A propos d'une observation de typhlo-colite aiguë. *Soc. de chir. de Paris*, 6 juin 1928, p. 851.

- BOZZI. — Di un raro caso di pseudo appendicite. *Clinica chirurgica*, 1905, n° 3, n. 201.
- BRAMS (W.) et MEYER. — Deux cas de typhlite aiguë primitive. *Journal of the am. med. Assoc.*, 7 févr. 1925, p. 436.
- BROCA. — L'anatomie du cæcum et les abcès de la fosse iliaque. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 14 sept. 1888.
— *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1914, p. 562.
- BRUNON. — Typhlite, pérityphlite, périappendicite. *Bull. méd.*, n° 16, 17 avril 1926.
- BÜRKHARDT. — Primaere Typhlitis. *Beitr. zur Klin. Chir.*, t. LXIII, 1909.
- GAUCHOIS. — *Bull. Soc. anat.*, t. XLVIII, 1873.
- CHAUDELUX. — Typhlite et pérityphlite. *Province médicale*, 1889, p. 49.
- CONTOLÉON. — Inflammations aiguës et chroniques du cæcum. *O Praktikos Iatros*, Athènes, mars 1929.
- CORDERO. — La tiflite acuta primitiva. *Clinica chirurgica*, 30 nov. 1912, p. 2005.
- CORDES (Franciska). — Ueber primäre Typhlitis. *Beiträge zur Klinische Chirurgie*, t. LXIII, 1909.
- COTTE et TAVERNIER. — Typhlite et appendicite. *Soc. de chir. de Lyon*, 23 février 1928.
- CRURY (Mac). — Relation d'un cas de perforation du cæcum par un calcul stercoral probablement formé dans un diverticule. *Medical record*, t. LXXXI, n° 9, 2 mars 1912.
- DIAKOW. — Ueber Beindarm Erkrankungen bei Personen mit entfernter Appendix. *Centr. f. Chirurgie*, n° 35, 1902, p. 950.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, vol. VI, p. 504.
- DURANTE. — *Trattato di pathologia e terapia chirurgica*, vol. III, p. 511, Roma, 1895.
- EBNER. — Ulcération par distension due à la coprostase comme cause de perforation intestinale. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXXI, p. 523, 1906.
- EKEHORN. — Die anatomische form des Volvulus und Darmverschluss bei beweglichem cæco-colonascendens. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1903, Bd 72, S. 572.

- ENDERLEN. — Primaere Typhlitis. *Beiträge zur Klinische Chir.*, t. LXIII, 1909.
- FASANO. — Tiflite primitiva necrotica perforante. *Clinica chirurgica*, sept. 1912, p. 19-25.
- FAROY et BAUMAN. — Les deux étapes de la typhlo-colite chronique. *Presse méd.*, 23 juin 1926, p. 789.
- FELTZ. — Typhlite chronique. *Gaz. hebdomadaire*, n° 7, 1902.
- FEREY. — *Soc. de chir.*, 22 mai 1929.
- GERHARDT. — Perityphlitis mit Rückfällen. *Mittheilungen aus den Grenzgeb.*, vol. X, p. 355.
- GIGON. — Thèse de Paris, 1900.
- GORDON. — Thèse de Paris, 1895.
- GORDON et MORROLL. — Notes sur la typhlite. *The Boston med. and surg. journal*, oct. 1875.
- GUILLAUME. — Les colotyphlites et les syndromes iliaques droits. Paris, 1924, 1 vol., Doin.
- HOVELACQUE et SOURDIN. — Les artères de la région iléo-cæco-appendiculaire. Paris, Legrand, 1928.
- HOWARD, KELLY and HURDON. — The vermiform appendix and its diseases. Philadelphie, 1905, p. 485.
- JALAGNIER. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, vol. VI, p. 504.
- JAROSCHKA. — Typhlite et appendicite par oxyures. *Deutsch. Zeitsch. für Chir.*, Leipzig, nov. 1924.
- JORDAN (Max). — Ueber primaere akute Typhlitis. *Arch. f. klin. Chir.*, 1903, S. 531.
- KÜTTNER (H.). — Ueber pseudo-appendicitis. *Beitr. z. klinisch. Chir.*, vol. XXXVII, p. 323.
- KOEPELIN. — Les abcès de la fosse iliaque droite d'origine cæcale. Thèse de Lyon, 1910.
- LANTZ (A.). — Anlässlich einer kalten Amputationen der Wurmfortsätze.
- LEFORS. — Typhlite et pertyphlite. *Semaine médicale*, 1906, p. 217.
- LENNANDER. — Discussione alla Soc. med. di Cristiania. *Centr. f. Chir.*, 1901, n° 39, p. 971.
- LOEWY (G.) et THEODORESCO. — Pertyphlite purulente d'origine cæco-colique. *Presse méd.*, 1^{er} fév. 1928, p. 131.

- LOP. — Typhlite suppurée sans lésion de l'appendice. *Rev. de méd.*, 1897, p. 648.
- MARIAGE. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans les inflammations péricæcales. Thèse de Paris, 1891.
- MIKKELSEN (Otto). — Om acut primær typhlitis. *Hospital stidende*, 16 juill. 1924, p. 449, Copenhague.
- MORRIS. — Errors that I have made in two hundred and twenty eight consecutive cases diagnosticated as appendicitis. *New-York med. Journal*, vol. LXIX, n° 14.
- MURTRY (L. S. Mc.). — Typhlitis with double perforation of the cæcum and peritonitis, in which laparotomy and suture of the gut were followed by recovery. *Journal of the Amer. med. Assoc.*, 1888.
- NOTHNAGEL. — Die Erkrankungen der Darms und Peritoneum. Wien, VIII, 1898, p. 616.
- PALLIN. — *Brun's Beiträge*, 1910, vol. LXXI.
- PAULIER. — Typhlite et pérityphlite. Thèse de Paris, 1875.
- PELLÉ (A.) et FOLLIASSON. — Appendicite et typhlite. *Rev. de chir.*, mars 1931.
- PIPER. — Typhlite aiguë primitive. *The austr. Med. Journal*, 1911, t. XXI.
- POLYA. — Zur Pathogenese der primäre typhlitis. *Deutsche med. Woch.*, 22, 1905.
- *Policlin.*, Sez. prat., 1906, n° 1, p. 9.
- PONCEAU. — Thèse de 1827.
- PRAVAZ. — Contribution à l'étude de la pérityphlite et de son traitement.
- QUÉNU et DUVAL. — *Rev. de chir.*, 1902, p. 692.
- RECLUS (P.). — Pathogénèse des appendicites. *Sem. med.*, 1897, n° 10.
- REISINGER. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1903, n° 40.
- RICARD-TAVERNIER. — Typhlite primitive et péritonite. (*Soc. chir. Lyon*, 16 mars 1928.
- RODMAN. — *Transacts of the Philadelphia Academy of Surgery*. 7 déc. 1908, vol. XI, p. 212.
- RÖPKE (W.). — Ueber primäre Typhlitis. *Arch. f. klin. chir.*, Bd. 91, S. 160.

- SCHLAFKE. — Beitr. zur casuistik der Perityphlitis. *Münch. med. Woch.*, 1895, Bd. 42.
- SHIMODAICA VOSAI. — Recherches expérimentales sur le développement des ulcérations de l'intestin appelées ulcérations par distension. *Mitteilungen aus dem Grenzgebieten der Med. und Chir.* Bd. 22, Heft 2, 1911.
- SICK (P.). — Primaere akute Typhlitis.
— *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1903.
- SINGER. — *Berl. klin. Woch.*, 1911, S. 966.
- SONNENBURG. — Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Leipzig, 1895.
- SOUPAULT. — Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère simple colique. *Rev. de chir.*, 1920.
- SOUTHAM (T. A.). — On cases of perityphlitic abscess of cæcal origin. *Brit. med. Journal*, 30 april 1898.
- SPRENGEL. — Appendicitis. Stuttgart, 1906, S. 7.
- STAEHLIN (E.). — A contribution to the differential diagnosis of appendicitis. *New York Journ.*, vol. LXXVI, n° 10, p. 9.
- TALAMON. — *Médecine moderne*, 10 oct. 1890, p. 837.
- TAVERNIER. — *Société nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon*, 13 juin 1923 et 23 févr. 1928.
- THOMAS. — Relation between typhlitis and appendicitis. *Therapeutic Review*, Philadelphie, oct. 1904.
- TRIVES. — *British med. Journal*, 9 nov. 1889, p. 1030.
- TUFFIER. — Etude sur le cæcum et ses hernies. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1887, t. XIX, p. 641.
- WILLIAMS. — Typhlitis without appendicitis. *Annals of Surgery*, juin 1907.

